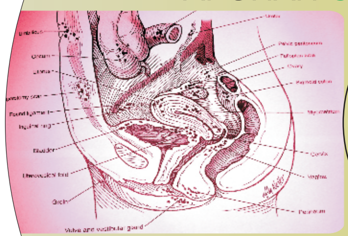
امراض نسائی

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

AFGHANIC



Herat Medical Faculty
پوهنځی طب هرات

In Dari PDF
2012

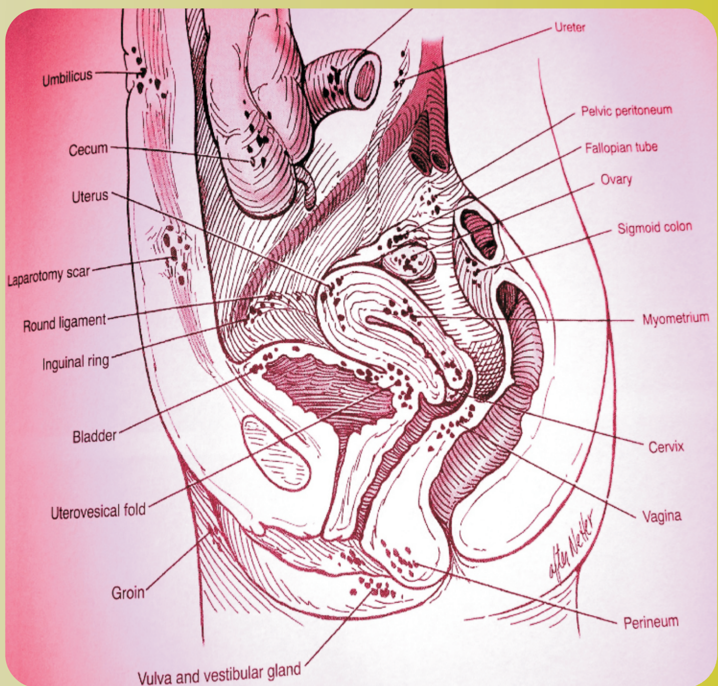
Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

Gyneacology

Dr. M. Hassan Farid

پوهنځی طب هرات

امراض نسائی



https://t.me/MedicineCurriculum

همرای سی دی

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

۱۳۹۱

امراض نسائی

Gyneacology

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

Herat Medical Faculty

AFGHANIC

Dr. M. Hassan Farid

Gyneacology

https://t.me/MedicineCurriculum

Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service

with CD

ISBN 978-9936-200-76-0
9 789936 200760 >

2012

بسم الله الرحمن الرحيم

پوهنځی طب هرات

امراض نسائی

پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید

۱۳۹۱

نام کتاب	امراض نسائی
مؤلف	پوهندوی دوکتور محمد حسن فرید
ناشر	پوهنځی طب هرات
ویب سایت	www.hu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر، کابل، افغانستان
تیراژ	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۱
داونلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه وزارت خارجه فدرالی آلمان تمویل شده است.
امور اداری و تخنیکی کتاب توسط موسسه افغانیک انجام یافته است.
مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننـــده و تطبیق کننده مسؤل نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
داکتر یـــحـیـی وردک ، وزارت تحصیلات عالی، کابل
دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بي ان: 9789936200760

پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب برای کسب علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی بوده که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت ستندردها و معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

از اساتید محترم موسسات تحصیلات عالی کشور قلبا اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با تقبل زحمات در جریان سالهای متمادی با تالیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را ادا نموده اند. از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه نمایند، تا بعد از چاپ در دسترس محصلین گرامی قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز کتب و مواد درسی جدید و معیاری را آماده نماید.

در اخیر از وزارت خارجه کشور آلمان، موسسه DAAD، سایر ادارات و اشخاصی که زمینه چاپ کتب طبی اساتید محترم پوهنځی های طب کشور را مهیا ساخته اند صمیمانه تشکر مینمایم.

امیدوارم که این کار سودمند ادامه یافته و به سایر بخش ها نیز گسترش یابد.

با احترام

پوهاند دوکتور عبیدالله عبید

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۱

چاپ کتب درسی پوهنځی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز !

کمبود ونبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمده به شمار میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو میباشند. آنها اکثرا به معلومات جدید دسترسی نداشته و از کتاب ها و چپتر های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنځی های طب پوهنتون ها ی کشور را آغاز نمودیم وتا اکنون ۲۰ عنوان کتب درسی را چاپ نموده و به تمام پوهنځی های طب افغانستان ارسال نموده ایم.

این در حالی است که پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰ – ۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید ، دقیق وعلمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند.»

استادان و محصلین پوهنځی های طب با مشکلات زیاد مواجه اند. تدریس به میتود کهنه ،عدم دسترسی به معلومات و مواد جدید درسی و استفاده از کتب و چپتر های که به کیفیت بسیار پایین در بازار دریافت میگردد از جمله مشکلات عمده در این راستا میباشد. باید آن عده از کتاب هاییکه توسط استادان تحریر گردیده اند جمع آوری و چاپ گردند. با درنظرداشت حالت بحرانی کشور جنگ زده، ما به دوکتوران ماهر و ورزیده نیاز داریم تا بتوانند در بهبود و ارتقای تحصیلات طبی و صحت عامه در کشور سهم فعال بگیرند. از اینرو باید توجه زیادتر برای پوهنځی های طب جلب گردد.

تا به حال ما به تعداد ۲۰ عنوان کتب مختلف طبی برای پوهنځی های طب ننگرهار، خوست ، هرات ، کندهار ، بلخ هرات و کابل را چاپ نموده ایم و پروسه چاپ ۵۰ عنوان دیگر جریان دارد که یک نمونه آن همین کتابی است که فعلا در دسترس شما قرار دارد. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای پوهنځی های طب کشور توزیع گردیده اند.

به اثر درخواست وزارت محترم تحصیلات عالی، پوهنتون ها ، استادن محترم و محصلین عزیز در آینده می خواهیم این پروگرام را به بخش های غیر طبی (ساینس، انجنیری ، زراعت و سایر بخش ها) و پوهنځی های دیگر هم توسعه دهیم و کتب مورد نیاز پوهنتون ها و پوهنځی های مختلف را چاپ نماییم.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه قرار ذیل اند :

۱ چاپ کتب درسی طبی

کتابی که در اختیار شما است، نمونه از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم و نیاز است تا برای موسسات تحصیلات عالی کشور سالانه به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد.

۲. تدریس با میتود جدید و وسایل پیشرفته

در جریان سال ۲۰۱۰ توانستیم در تمام صنوف درسی پوهنځی های طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نماییم. برای ایجاد محیط مناسب درسی باید تلاش گردد که تمام اطاق های درسی و کنفرانس و لابراتوارها مجهز به مولتی میدیا، پروجکتور و سایر وسایل سمعی و بصری گردند.

۳. ارزیابی ضروریات

وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنج های آینده) پوهنځی های طب باید بررسی گردد و به اساس آن به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شوند.

۴. کتابخانه های مسلکی

باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیارهای بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنځی های طب قرار داده شود.

۵. لابراتوارها

در پوهنځی های طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارهای فعال وجود داشته باشد.

۶. شفاخانه های کدری

هر پوهنځی طب کشور باید دارای شفاخانه کدری باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینگ عملی محصلین طب آماده گردد.

۷. پلان ستراتیژیک

بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنځی طب در چوکات پلان ستراتیژیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان ستراتیژیک پوهنځی باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تحریر، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعدا در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنځی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.

ازمحصلین عزیز نیز خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از وزارت محترم خارجه آلمان و مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) اظهار سپاس و امتنان مینماییم که تااکنون چاپ ۹۰ عنوان کتب طبی درسی را به عهده گرفته که از آن جمله پروسه چاپ ۵۰ عنوان آن جریان دارد. از پوهنځی طب پوهنتون ماینز آلمان (Mainz/Germany) و استاد پوهنځی مذکور دوکتور زلمی توریال ، Dieter Hampel و موسسه افغانیک نیز تشکر میکنیم که در امور اداری و تخنیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

بطور خاص از دفاتر جی آی زیت(GIZ) و CIM (Center for International Migration and Development) یا مرکز برای پناهنده گی بین المللی و انکشاف که برای من امکانات کاری را طی دو سال گذشته در افغانستان مهیا ساخته، است اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از دانشمند محترم پوهاند دوکتور عبیدالله عبید وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنوال محمد عثمان بابری معین علمی وزارت، محترم پوهندوی دوکتور گل حسن ولیزی معین اداری و مالی، روسای محترم پوهنتون ها، پوهنځی های طب و استادان گرامی تشکر مینماییم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نمودند.

همچنان از همکاران محترم دفترهرکدام دوکتور محمد یوسف مبارک، عبدالمنیر رحمانزی، احمد فهیم حبیبی، سبحان الله و همت الله نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نمودند.

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی
کابل، نومبر سال ۲۰۱۲ م
نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰
ایمیل آدرس: wardak@afghanic.org
textbooks@afghanic.org

تقدیم به

روح پاک شهدای صدر اسلام و افغانستان

تقدیم به

ارواح پدر و مادر گرامی من که از جان مایه گذاشته اند تا من تحصیل کنم

تقدیم به

همسر عزیز و مهربانم که زحماتی را تقبل نموده اند

تقدیم به

فرزندان عزیز و مهربانم و همسران محترم شان که با من همکاری بی دریغانه نموده اند

تقدیم به

جامعه طب و طبابت که برای بهبود کیفیت صحت در افغانستان زحمت میکشند

تقدیم به

همه کسانی که در تایپ، ویرایش، تنظیم، طبع و نشر کتاب با من از دل و جان همکاری کرده اند

و در اخیر تقدیم به تو

خواننده عزیز و گرامی

با احترام

الحاج پروفیسور داکتر محمد حسن "فرید"

فهرست مطالب

مقدمه

بهرامراض نسا یی من نوشتم این کتاب
بهره ها گیری، اگر خوانی تو ای عالیجناب

اکثرامراض زنان را من در آن جا داده ام
با زبان طب بهر الفاظ ماوا داده ام

اصطلاحات طبابت جمله تاپیک های آن
کرده ام تعریف تا آشنا شوی ای نوجوان

هم ز اسباب و عوامل بهر امراض گفتگو
کرده ام تا با علل آشنا شوی ای خوبرو

بحث اعراض وعلایم گشته تحریر بر ملا
نوع تغییری که آرد بهر شخص مبتلا

براساس گفتگو،اعراض وتشخیص درست
جا بجا گردیده تا یابیم ره را در نخست

تا کنی تفریق امراض مشابه را عزیز
افتراقات مرض را نام بردم ، با تمیز

هم ز استجواب و اعراض وعلایم سر به سر
بهر تجویز معاینات از آن گیرید ثمر

بعد از آن نوع تداوی را تذکر داده ام
بهر خوانندده تداعی و تفکر داده ام

جمله موضوعات آن تازه بود ای دوستان
معتبر باشد مأخذ از دل و جانت بخوان

جمله بندی روی اصل علمی باشد استوار
محتوایش هست علمی ،هست مطلوب با عیار

جمله اشکالی که در آن جابجا گردیده است
متن را پر بار سازد ، در توان دیده است

مستقیماً ربط دارد شکل با تشریح آن
بهر خواننده ببخشد قدرت فهم و توان

دارد ارزش بهر نو آموزگاران جوان
هم کسانی را که میخواهند در امراض زنان

مستعد گردیده ، یابند درد را بی واهمه
در مداوایش بکوشند با توان ، بی زمزمه

هم که کاربرد لغات طب به الفاظ دری
جملگی معقول و مقبول آمده ای مشتری

میکنم تقدیر از پوهنحی طب هرات
هم ز شوراهای علمی زانکه با عزم و ثبات

بهر تائید این کتاب درسی را درصنف پنـــج
در مطابق با کریکولوم پذیرفتند ، گنـج

هــم ز پوهنتــون و دانشگـــاه پربار هـــرات
شکریه دارم که خواهد رشد علم و هم ثبات

هــم ز تحصیــلات عــالی از امور انسجـام
مینمایم من سپاس بی حد و حصر تمام

هم ز یحی وردک و آن DAAD سپـانسرش
جمله منسوبین آن از خورد تـا بالاتــرش

باورم اینست کتابی را که دردست شما است
بیشک و بی شبه در صدر کتابهای بجا است

هم بود up date، سلیس و درطبابت بادلیل
بهر امراض نسایی هست کتاب بی بدیـل

اشتباهات اگر یابیـد در متنـش بـه جـا
میکنید انشاء تــا رفعش کنم از محتــوا

سال تحریرش اگر خواهی تــو ای مرد نـیکو
روتو(غصبش) را بکن از ابجد خود جستجو

من فـــریـدم کرده ام تالیف این نوع کتاب
تا شمـا خوانید ، عمل سازید و من گیرم ثواب

پوهندوی دکتور محمد حسن فرید

اناتومی دستگاه تناسلی (۱)

دانستن اناتومی دستگاه تناسلی و اورگانهای حوصلی با دریافت اعـراض و علائم کلینیکی و با استفاده از امکانات و وسائل تشخیصیه مانند سونوگرافی، CT و MRI ازجمله امکانات و طرقی هستند که ما را به تشخیص دقیقتر و مکمـل تـر امراض نسائی رهنمائی میکند. علاوتاً دانستن سیستم لمفاوی و دوران در ینـاژ آن خصوصاً در درجه بندی امراض کانسروز جهاز تناسلی امر ضروریست کـه بایـد دوکتوران ولادی نسائی در رابطه آن معلومات کافی داشته باشند.

بصورت عمومی دستگاه تناسلی زنانه را به دو قسمت خارجی و داخلـی تقسیم میگردد.

A دستگاه تناسلی خارجی (۱)

۱- mons pubis (ارتفاق عانه)

۲- labium major (شفتان کبیره)

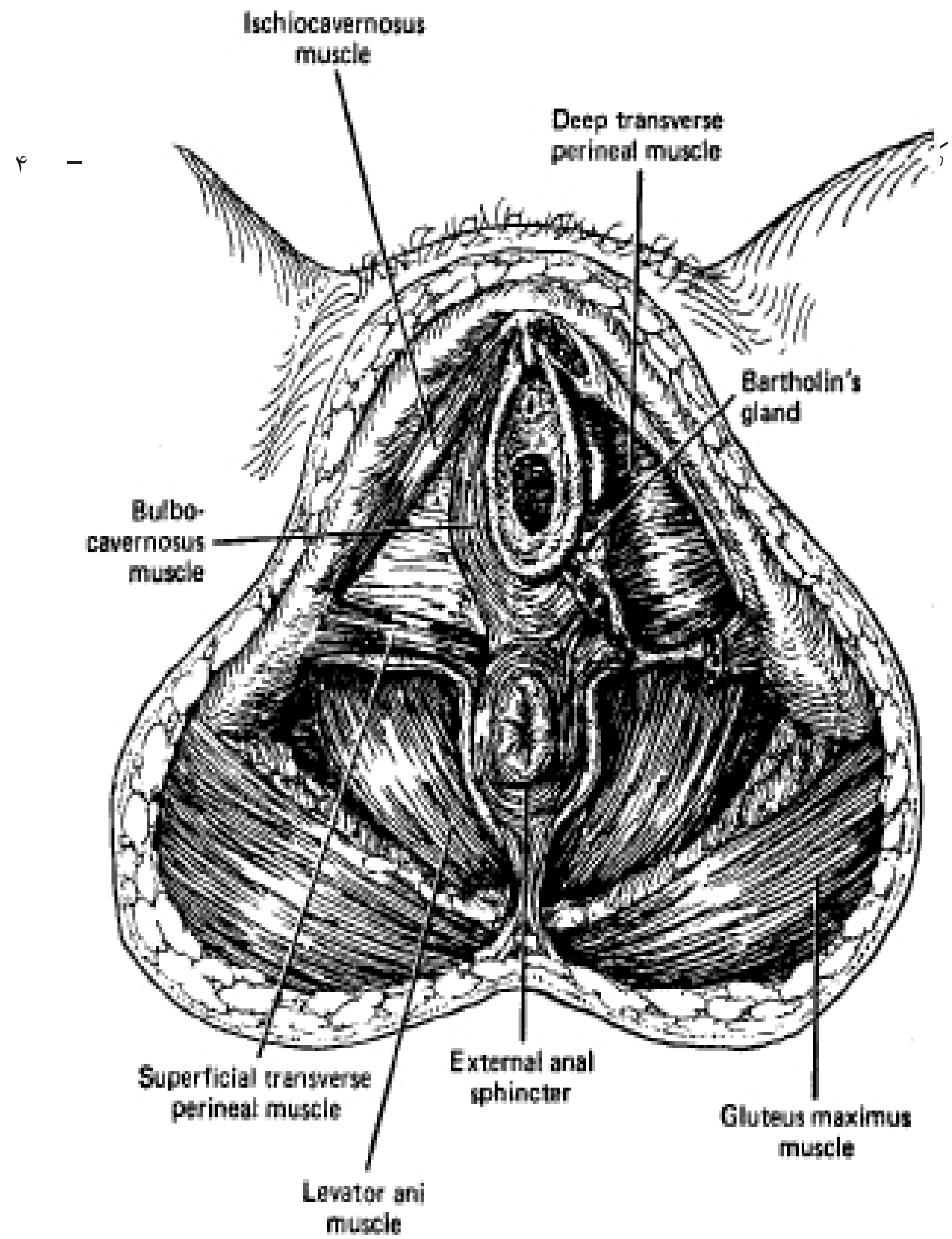
۳- bartholin glands یاغدوات بارتولین

۴- labium minora (شفتان صغیره)

۵- clitoris (کلیتوریس)

۶- vestibula (دهلیز)

۷- perineum (عجان)



شکل (۱)(Pelvic musculature (inferior view) (۲

Vulva

دهلیز در حقیقت فوهه داخلی مهبل را تشکیل داده و نسج آن به هورمون ستروجن حساس بوده و عکس العمل نشان میدهد چنانچه کمبود هورمون متذکره در صفحه مینوپوز سبب اتروفی نسج دهلیزی شده و باعث تشکیل Senil vulvitis میگردد که مناسبات جنسی را مشکل و دردناک میسازد و علاوتاً دو عنصر اساسی ایکه در فعل مجامعت رول عمده دارند یعنی کلیتوریس و غدوات بارتولین در آن موقعیت دارند. ساحه متذکره به قرار ذیل محدود شده است:

۱- در قدام توسط ارتفاق عانه.

۲- در خلف توسط عجان .

۳- در جوانب توسط شفتان کبیرتان راست و چپ.

Labium major (شفتان کبیره)

شفتان کبیره در دو جنب توسط یک التوا از جذع قدامی ران ها جدا گردیده و در قدام به mons pubis و در خلف به جلد ناحیه عجان محدود گردیده است وحاوی مقدار زیاد شحم میباشد. در دوران بلوغ یک مقدار موی در سطح خارجی آن می روید ولی سطح داخلی که متوجه شفتان صغیره است بدون موی بوده و جلد آن نرم ، مرطوب و گلابی رنگ است. حجرات آن از نوع اپیتلیم سکواموس بوده و حاوی غدوات sebaceous ، غدوات عرقیه و فولیکول های موی است. یک نوع غدوات مخصوص بنام apocrine glands که مسئول تولید بوی مخصوص اند نیز در ساحه موجود است ،اینها در بعضی

واقعات مسئول تولید تومورهای که بنـام هیـدرو ادینومـا (Hidroadinoma) یـاد میشود میباشند.

موجودیت عناصر ساختمانی سبب شده است کـه تخریبـات جلـدیماننـد فولیکولیت ها ، cyst های غدوات sebaceuse و غیره در سـاحه شـفتان کبیرتـان ایجاد شوند.

Bartholin glands غدوات بارتولین

این غدوات دو عدد بوده که در دوطرف خلفـی وحشـی فوهـه مهبلـی در عمق عضله bulbospongiosus قـرار دارنـد. از نظـر حجـم ($10mm^3$) جسـامت داشته و قابل جس نمیباشند. حاوی Racemose gland بوده و کانال بطول ۲۵^{mm} از ایتلیوم columnar پوشیده شده اسـت ، افـرازات غـدوات متـذکره زمینـه سـاز مرطوب شدن فوههء مهبلی شده و برای فعل مجامعت تسـهیلات لازمـه را فـراهم میسازند. در هنگام التهاب غدوات بـزرگ شـده و دردنـاک میگردنـد وافـرازات چرکین از فوهه آنها بیرون میاید. انتانات مزمن زمینه ساز block مجرا شده cyst ویا ابسه را سبب میشود.

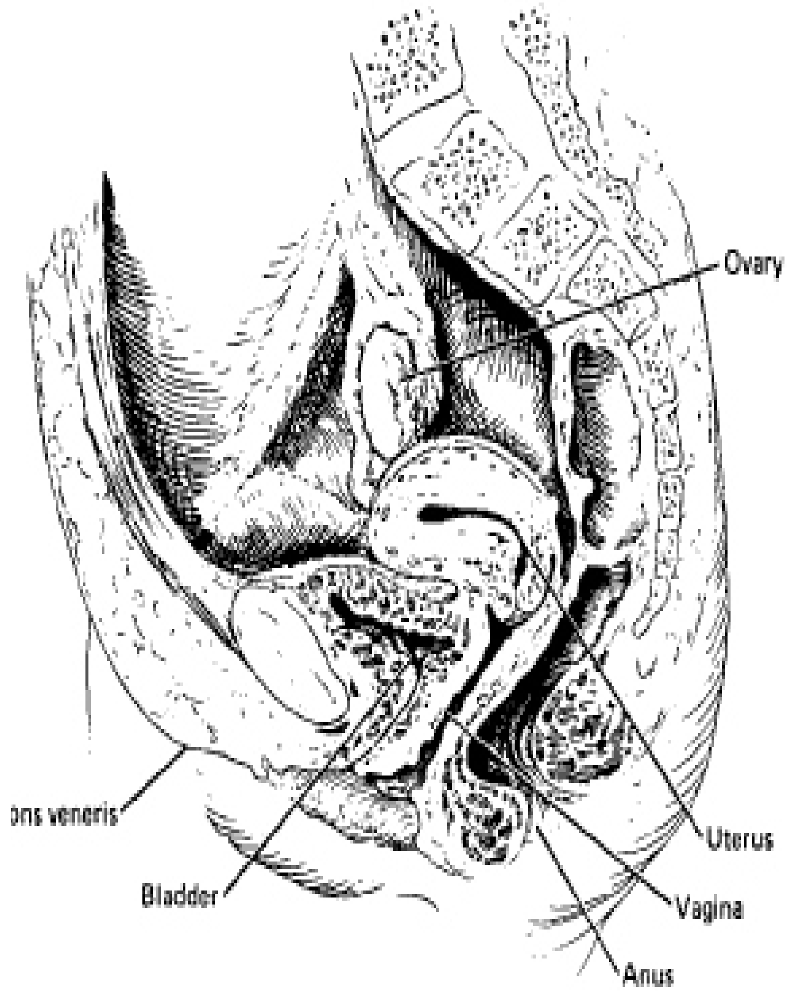
Labium minor شفتان صغیره

شفتان صغیره یک التوای نازک جلدی است که حـاوی اورده و انسـاج پلاستیکی است و در وجه داخلی شـفتان کبیـره موقعیـت دارنـد. در هنگـام فعـل جماع اوعیه مربوطه آن شدیدا پر و انتعاذی میگردند.عضلات آن در قـدام سـبب

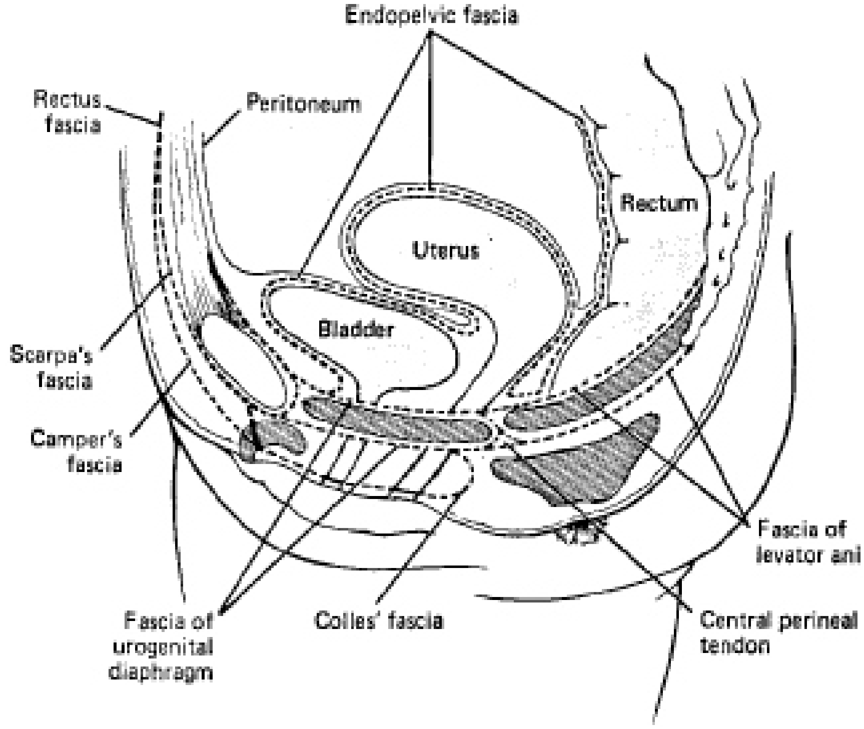
تشـکل preputium در علـوی و frenulum در سـفلی کلیتـوریس و در خلـف سبب تشکل فورشیت خلفـی عجـان میگـردد. Fossa Navicularis یـک حفـره کوچک است که بین hymen و فورشیت قرار دارد.

Clitoris کلیتوریس

یـک عضـوانتعاذی اسـت کـه توسـط suspensor ligament تثبیـت و در سطح زیرین ارتفاق عانه در دهلیز موقعیت دارد .ایـن سـاختمان ارواءبسـیار غنـی داشته و توسط نهایات عصبی شدیدا حساس میباشد و مسئول orgasme نزد خانم ها میباشد. با تجویز هورمون های مردانه و یا تومورهـای masculinizing مبـیض ها حجما تزاید میابد. در خانم حامله ایکه طفل دختر دارد اگـر از هورمـون هـای انـــدرو جـــن بمقـــدار بیشـــتر اســـتفاده گـــردد طفـــل ولادت شـــده مصـــاب pseudohermaphrodite بوده که با یک کلیتوریس بزرگ تـر و شـفتان کبیـره مغشوش همراه میباشد.



شكل (٢)(Internal female genitalia (midsagittal view (٢)



شکل (۳) Fascial planes of the pelvic(۲)

دستگاه تناسلی داخلی

دستگاه تناسلی داخلی شامل اورگانهای ذیل است

۱- مهبل (vagina)

۲- رحم (uterus)

۳- نفیرها (Tubes)

۴- مبیض ها (ovaries)

۵- ملحقات (Adnexes)

۱. مهبل Vagina

عبارت از یک راه است از انساج فیبر و موسکولیر که رحم را به فوهه دهلیزی ارتباط میدهد ساخته شده است. غشای مخاطی مهبل از نسج اپیتیلیم squamous فرش گردیده و هیچ نوع غدوات افرازی در آن وجود ندارد.

مهبل دارای سه طبقه است

۱- طبقه عمیق ۲- طبقه متوسط ۳- طبقه سطحی

طبقه عمیق: از حجرات basal و parabasal ساخته شده که در نزد اطفال خانم های شیرده و دوران مینوپوز نسبت اینکه استروجن کم است متبارز تر میباشد.

طبقه بین البینی: حاوی حجرات بزرگتر مکعبی الشکل بوده و کمتر Basophilic اند حجرات مذکور crumpled والتوادار میباشند. این حجرات در هنگام حاملگی از اثر تزاید افراز پروجسترون خیلی متبارز تر و برجسته تر میگردند.

طبقه سطحی:ازحجرات precornified و cornified (تقرنی)ساخته شده که حجرات بزرگ با هسته های pyknotic وسایتوپلازم ایزینوفیلیک هستند و این حجرات در موجودیت ستروجن بخوبی رشد میکنند.

تغیرات تاثیرات هورمونی را در طبقات مختلف مهبل در یک سیکل عادت ماهوار به خوبی تشخیص داده میتوانیم.

مهبل دارای وظائف ذیل است

- انجام مناسبات جنسی.

- مجرای عبور افرازات و خون تحیضی.
- کانال ولادت برای طفل.

۲. رحم Uterus

رحم از نظر جنینی از قسمت سفلی قنات مولر (میزونفریک) منشه گرفتـه در بین مثانه (در قدام) ،رکتم (در خلف) و دو رباط عریض (در دو طـرف)قـرار دارد. در زمان بلوغت جسامت آن به (4 × 6 × 8cm) بالغ میگردد و بشکل نـاک مانند است وحاوی سه قسمت جسم، Isthmus و عنق است .

در قسمت علوی جسم رحم در دو جنب ساختمان های بنـام (cornus) قرار داشته که فاصله بین آنها را بنام غوررحم(fundus) یاد میکنند. جوف رحم ساختمان مثلثی داشته که قاعدهءآن درعلوی قراردارد و ظرفیـت آن (۷-۳) میلـی لیتر میباشد.

قسمت Isthmus 6^{mm} طول داشـته در هنگـام حـاملگی تزایـد یافتـه و سگمنت سفلی را میسازد که در هنگام ولادت تا ۴ انچ ظرفیت وقـدرت توسـع و کش شدن را دارد.

جدار رحم متشـکل از سـه طبقـه خـارجی، متوسـط و داخلـی میباشـد کـه بنامهای

- (perimetrium)outer peritoneal layer
- (Myometrium) meddle layer or muscle layer
- (endometrium) inner layer

یادمیشود. اندومتر تحت تاثیر هورمون های جنسی مبیضی معروض به تغیرات مختلفه گردیده که باساس آن سیکل عادت ماهوار و حاملگی تنظیم میگردد.

عنق رحم به شکل (spindle) بوده و2.5 cm طول دارد که در علوی توسط فوهه داخلی و در سفلی توسط فوهه خارجی عنق محدود شده است و از نسج عضلی و فیبروز تشکل یافته است که قدرت بلند توسعی رادارا میباشد.

طبقه داخلی عنق رحم از حجرات اهداب دار (epithelium columnar)پوشیده شده که معروض به تغیرات cyclic عادت ماهوار اندومتریوم نمیگردد و هم چنین به عکس العمل دیسیدوائی که در اندومتر درجریان حاملگی بمیان میاید حصه نمیگیرد.

وظائف حجرات اندوسرویکال عبارتند از:

۱- تنظیم حرکات اهداب حجرات از بالا بطرف پائین یعنی بسوی مهبل بوده که با این و تیره مانع بلند رفتن عوامل پتوجنیک میگردد در حقیقت رول مدافعوی دارد.

۲- از دخول سپرم های نا سالم به داخل رحم جلوگیری میکند.

۳- با تولید افرازات قلوی که حاوی فروکتوز میباشد زمینه زنده ماندن و تغذیهء سپرم ها را مساعد میسازد.

۴- ظرفیت القاحی سپرم ها را تنظیم میکند.

۳. نــفـیـرها Fallopian Tube

تیـوب هـا از نظـر جنیتیکـی از قسـمت proximal part قنـات مـولر ســاخــتــه شده و در حدود 10-12cm طول دارند و شامل اجزای ذیل اند

۱- قسمت Interstitial یا قسمت بین النسجی در داخـل عضـله رحـم کـه $15\text{-}18^{mm}$ طول دارد.

۲- قسمت Isthmus که 35^{mm} طول دارد.

۳- قسمت ampulla عریض ترین قسمت بوده و $2/3$ طول آن را میسازد.

۴- قسمت fimberia که بداخل جوف بطن بـاز مـی شـود مسئول گـرفتن تخمه آزاد شده بوده و آنرا به داخل تیوب رهنمائی میکند .

در PID خصوصا شکل مزمن آن تیوب ها بشکل پتولوژیک تخریـب گردیده که درنتیجه سبب بسته شدن ،التصاق و یا باریـک شـدن مجـرای داخلـی آنها گردیده و زمینه ساز عقامت و یا حمل خارجی رحمی می گردد.

اپیتیل نفیرها از حجرات اهـداب دار کـه سـمت حرکـت اهـداب بطـرف جوف رحم میباشد تشکیل گردیده است.

٤. مبیض ها Ovaries

مبـیض هـا دو عـدد بـوده و در دو طـرف وحشـی رحـم موقعیـت دارنـد. (در هنگام ولادت در حذای Brim علوی حوصله قرار دارند که بعداً پایین آمـده و بـه موقعیـت اصـلی خـود جابجـا میشـوند) در دوران بـاروری دارای جسـامت (3.5*2.5*1 سانتی متر) و بعداز مینوپوزتکمش نموده و به (2*1.5*1 سانتی متـر) می رسد با اجرای سونوگرافی میتوانیم اندازه، مورفولوجی و مراحل مختلفه فولیکول

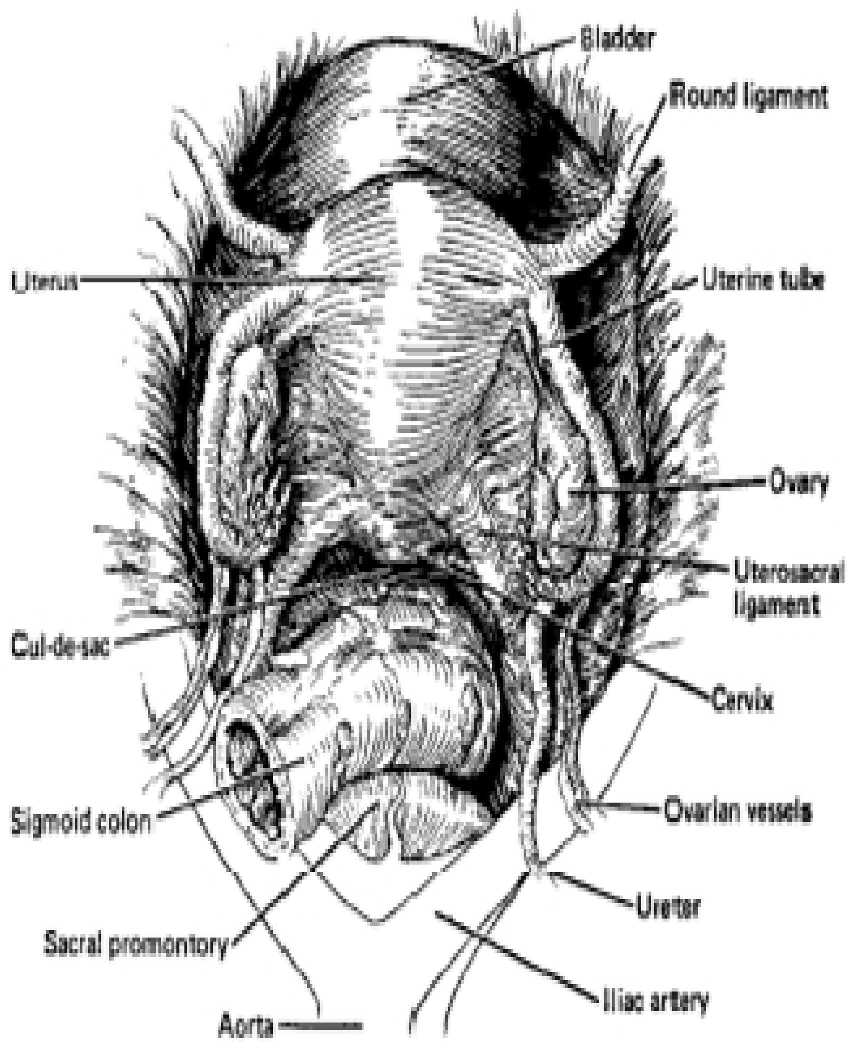
دو گراف را در مبیض ها به خوبی مورد مطالعه قرار دهیم. اروا آن توسط شرائین مبیضی که از شریان ابحر بطنی در راست و شریان کلیوی در چپ و شعبه نهایی شریان رحمی منشاء میگیرند تأمین میشود.

۵. رباط عریض

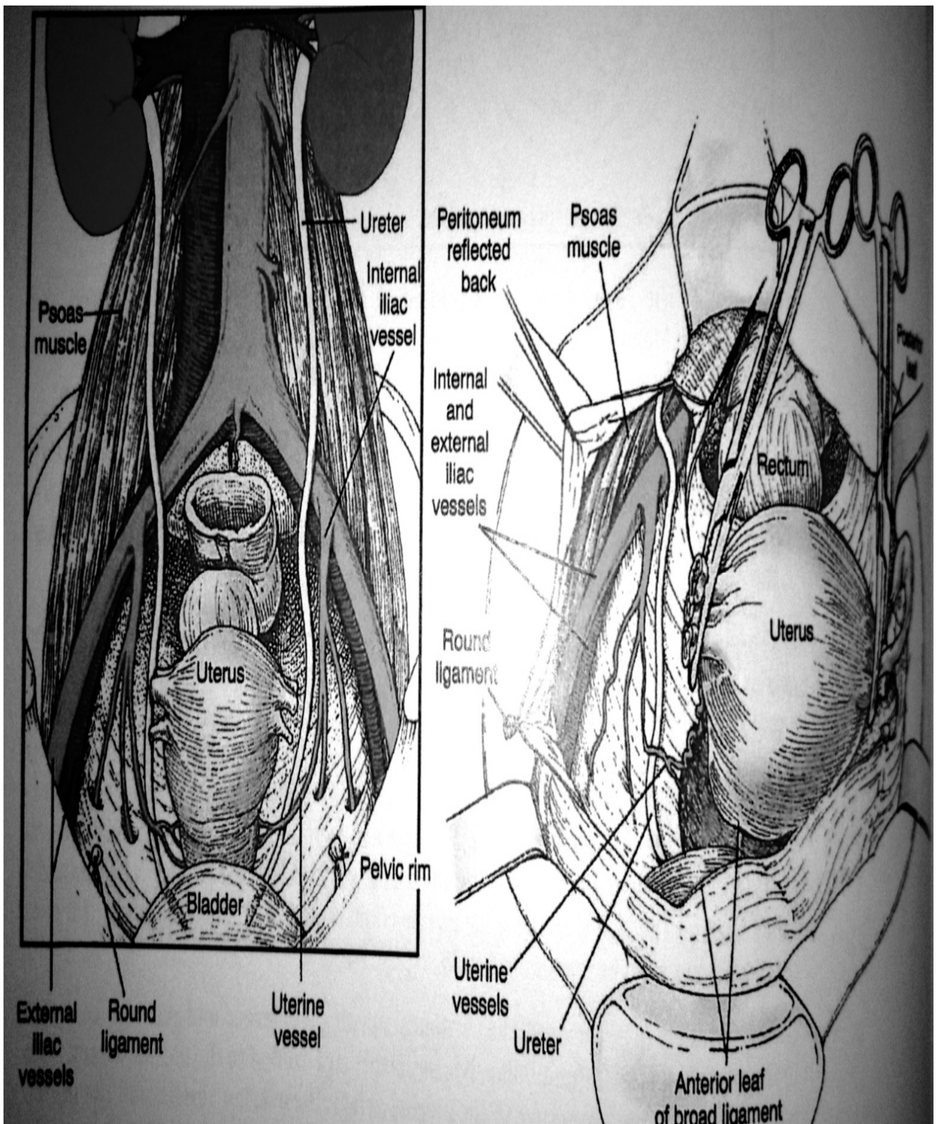
عبارت از پریتوان حشوی است که به دو طرف رحم ملحقات رحمی رابه شکل دو وریقه پوشانیده است

محتویات رباط عریض عبارت اند از: (۳)

۱. تیوب های نفیری در علوی .
۲. رباط مبیضی در التوای خلفی.
۳. Epoophoron و paroophoron که بقایای قنات ولف اند.
۴. اوعیـــهء رحمی.
۵. اعصاب حوصلی.
۶. عقدات لمفاتیک پارامتریال.
۷. اربطهء Mackenrodt وعجزی رحمی ، که در شکل دادن اعضای حوصلی رول دارند.

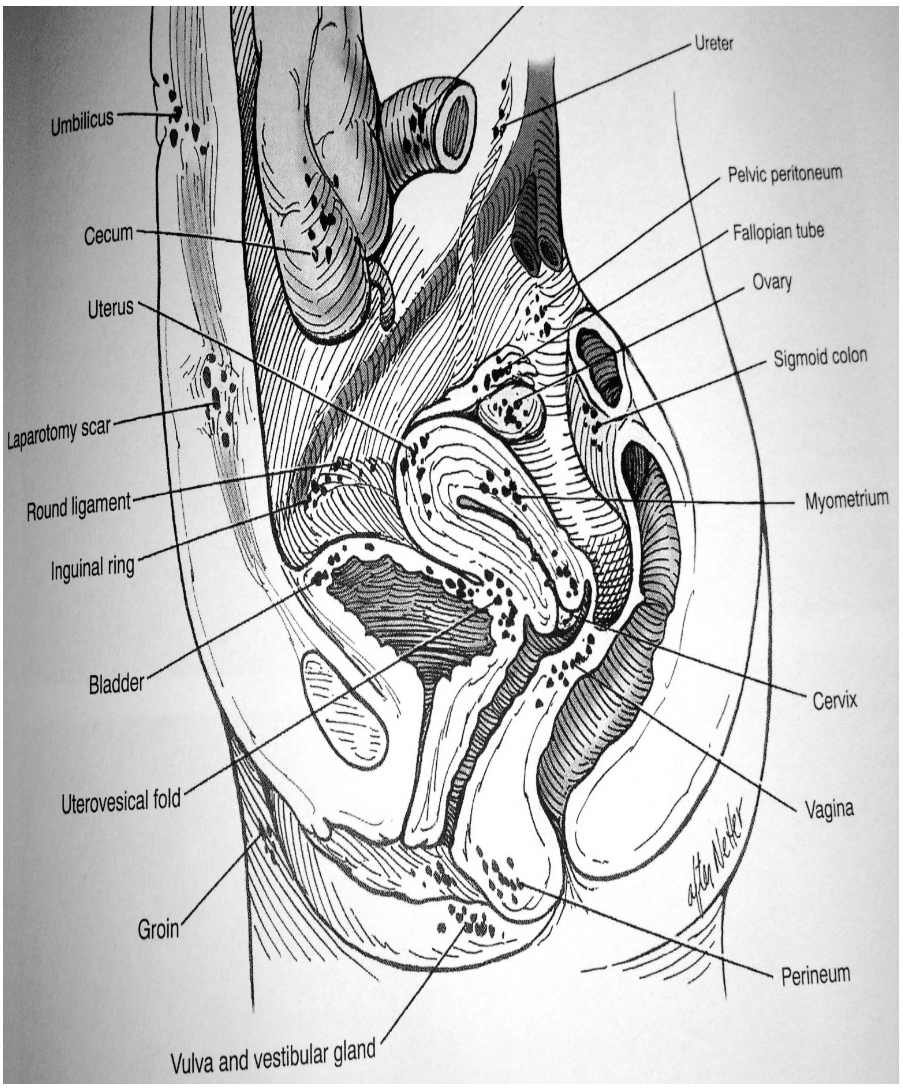


شکل(۵)Arteries and veins of the female reproductive system(۲)



Ureter
Internal iliac vessel
Psoas muscle
Uterus
Pelvic rim
Bladder
External iliac vessels
Round ligament
Uterine vessel
Peritoneum reflected back
Psoas muscle
Internal and external iliac vessels
Rectum
Round ligament
Uterus
Uterine vessels
Ureter
Anterior leaf of broad ligament

شكل (٦) (٢)



شکل(۷) (۲)

https://t.me/MedicineCurriculum

(۱) Menstrual Cycles Physiology

فزیولوژی عادت ماهوار

تخمــدان خــانم در هنگــام ولادت حــاوی ۲ ملیــون تخمــه بشــکل Primordial داشــته کــه تــا دوران بلــوغ بســیاری از آنهــا معــروض بــه Atrophy گردیده و صرف به تعداد ۴۰۰۰۰۰ آن در هر دو تخمدان باقی میماند.

در جریــان دوران بــاروری (۱۳-۵۰ ســالگی) در هــر دوره عــادت ماهوارچندین عدد فولیکول تحت تاثیر تنبیهی GnRh هیپوتلموس که بالای غده نخامیه تاثیر نموده و سبب افراز هورمون های FSH و LH میگردد و ازباعث تـاثیر این دوهورمون بالای غدوات تخمدان به تعداد ۱۵-۵ عدد تخمه ابتدائی(حتی بیشتر از آن) شروع به رشد میکند که معمولا یکی از آنها بمرحله پختگی و آزاد شدن می رسد ،بناءً در حدود بیشتر از ۴۰۰ عدد تخمه پخته که قابلیت القاحی را دارنـد در مـدت ۳۵-۳۰ سال دوران باروری نـزد خانم آزاد میگـردد . در سـن پره مینو پوزال آزاد شدن تخمه از فولیکول دو گراف معروض به انحطاط شده و صرف استروجن از آن آزاد میشود که سیکل تحیضی غیر تبیضی را سازماندهی میکند(anovulatory cycle) . ولی بعد از مینوپوز تولید استروجن هم معروض

به انحطاط شده و سطح استروجن خون قویاً تنقیص می یابد که در نتیجه اعـراض تنقیص استروجن نزد خانم ظاهر شده و عادت ماهوار وی نیز قطع میشود.

فولیکول دو گراف چیست

فولیکول دو گراف ساختمان بیضی الشکل داشته و حاوی مـایع فولیکـولی میباشد که جدار آن دارای طبقات ذیل است

I. Outer theca interna cells که از نسج استرومای cortex منشه میگیرد.

II. Inner Layer granulosa cells که 8-10 ملیمترضخامت دارد.

تخمه پخته در حـدود 120-140 مـایکران قطـر داشـته و هسـته آن 20-25 مایکران جسامت دارد و توسط طبقه شـفافه بنـام zona pillocida احاطـه شـده است.

حجـرات گرانولـوزا بـه شـکل یـک طبقـه شـعاعی(Radial) منـظـم گردیده و Ovum را احاطه مـیکننـد (corona Radiata) که بعـد از آزاد شـدن تخمه عمدتا همراه آن باقی میمانند ویک طبقه بدون اوعیه است.

حجرات گرانولـوزای اطـراف فولیکـول باعـث تولیـد هورمـون سـتروجن وInhibin میگردند که ستروجن بلند باعث نهی افـراز هورمـون FSH بامیکـانزم فید بک منفی و هورمـون Inhibin باعـث تنبیـه افـراز LH از فـص قـدامی غـده نخامیـه میگـردد و LH بـا مقـدار کـم FSH بصـورت متحدانـه سـبب ovulation میگردند.

سرعت رشد فولکیول دو گراف روزانه 1-2mm بوده و هنگامیکه جسامت آن به 20mm یـا بیشـترازآن برسـد معـروض بـه تمـزق شـده کـه ایـن پروسـه بـا

سونوگرافی های متوالی میتواند بدرستی تعقیب شود. معمولاً یک عدد و ندرتاً ۲ و یا بیشتر فولیکول به مرحله پختگی رسیده و۲یا بیشتر از دو عدد تخمه از آنها آزاد و حمل های چندگانه را سازماندهی میکند خصوصا هنگامیکه با کلومیفین تخمگذاری تنبیه شده باشد. در حدود ۹٪ وقایع خصوصا در ابتدای بلوغ و دوره premenopousal آزاد شدن تخمه انجام نمی شود. آزاد شدن تخمه معمولا ۱۴ روز قبل از عادت ماهواربعدی صورت گرفته و در سیکل های متغیر صرف روزهای Phase Follicular کم و یازیاد میشود، نه صفحه افرازی. در سونوگرافی تجمع مایع در جوف دو گلاس و چملک یا منقبض شدن فولیکول متمزقه که بعدا بنام corpus luteum یاد میشود مشخص شده میتواند.

Corpus luteum (جسم اصفر)

بعد از تمزق فولیکول و آزاد شدن تخمه حجرات گرانولوزا و Thecha (int و ext) به corpus luteum تحول میکند که از Thecha externa ارواء میشود. در یک تعداد وقایع از اثر تمزق اوعیه بزرگتر یک مقدار خون داخل corpus luteum تجمع نموده Corpus luteum heamatoma را میسازد. جسم اصفر حد اعظمی تا روزهای ۲۲-۲۳ (در یک سیکل ۲۸ روزه) به حالت رشد قرار داشته و بعد از آن شروع به استحاله نموده که آنرا به نام carpus albicanse (جسم سفید) یاد مینمایند و در ظرف ۹ ماه استحاله جسم تکمیل شده و از بین می رود.

اگر حمل واقع شد جسم اصفر به جسم اصفر حاملگی corpus luteum gravidarum رشد نموده (2.5c جسامت) که تا هفته های

۱۲-۱۰ حاملگی ، مسئولیت تولید هورمون های پروجسترون را که برای دوام حمل ضروری است بعهده دارد و بعدا پلاسنتا این وظیفه را عهده دار میشود.

Endometrium

اندومتر دارای طبقه سطحی وظیفوی و طبقه عمیق قاعدوی میباشد، که بصورت مجموعی مسئول رشد و هم چنین ایجاد شرائط مناسب برای غرس ، تغذی وارواءبیضه ملقحه است . طبقه قاعدوی توسط شرائین مستقیمی که از شعبات نهائی شرائین رحمی از میومتریوم منشأ میگیرند ارواء میشود و طبقه سطحی توسط شرائین حلزونی ارواء میگردد که در حقیقت از امتداد شرائین قاعدوی بوجود آمده اند واز اثر اسپزم همین اوعیه است که جریان خون به اندومتر در قسمت دیستال این اوعیه قطع گردیده و قرارشیمای ذیل اندومتریکه در حدود 1-2mmضخامت دارد معروض به اسیکمی ، نکروز و تفلص میگردد.

Art basalis → art spiralis → spasm → schymia
Necrosise → disquamation → menstrual bleeding

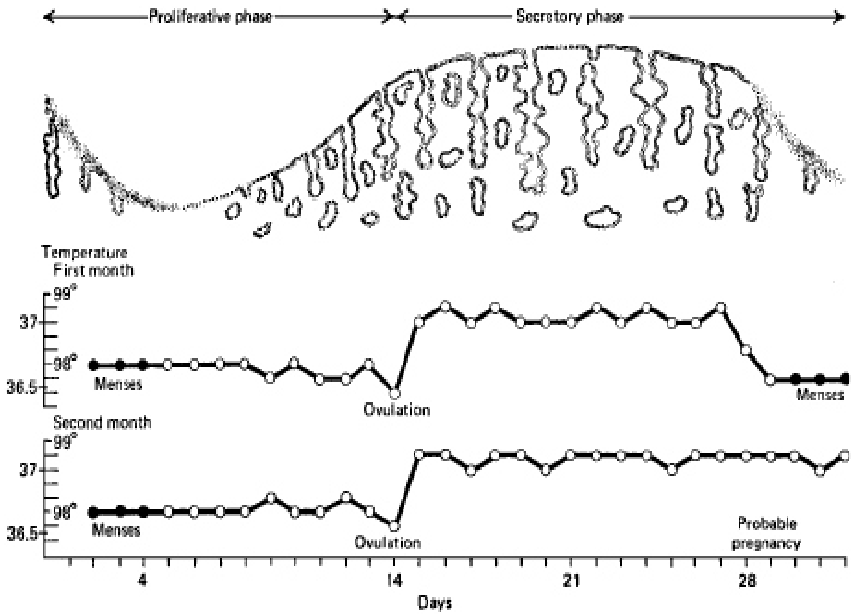
نموی اندومتر بدو مرحلهٔ (estrogenic phase)proliferative phase که از اولین روز عادت ماهوار تا زمان ovulation را در بر میگیرد و (progestogenic phase) secretory phase که از آزاد شدن تخمه تا شروع قاعده گی رادر بر میگیرد تقسیم شده است و این صفحه افرازی بصورت قطع ۱۴ مثبت ، منفی یک روز میباشد.

در صفحه proliferative طبقه سطحی وظیفوی شروع به رشد نموده (۳.۵-۴ملیمتر) غدوات طولانی و توسط collamner epithelium پوشانیده شده

حجرات ستروما اذیمائی و جدا شده از هم میگردند ،اوعیه حلقوی هنوز هم بیشتر مارپیچی شده و رشد میکنند.

در صفحه افرازی تحت تاثیر افرازات پروجسترون از جسم اصفر غدوات معوج و طولانی تر گردیده حجرات استرومائی بیشتر ازیمائی گردیده و مشابه به decidual cells میشوند. اوعیه مارپیچی بشکل spiral در میآیند در روز ۲۲ و ۲۳ که پروجسترون در سطح بلند افرازی خود می رسد حجرات استرومائی نزدیك اپیتلیم سطحی تجمع نموده و توسط قنات های غدوات احاطه میگردند . طبقه وظیفوی درین مقطع زمانی بدو طبقه سطحیcompact و عمیقه spongious تمایز می یابد حجرا ت لمفوسیت در طبقه سطحی یا وظیفوی بشکل منتشر بملاحظه می رسند که نمایانگر مرحله اخیر صفحه افرازی اند،بناءً ضخامت اندومتر در قرب تحیض به $8\text{-}20^{mm}$ می رسد.

تاثیرات پروجسترون با لای اندومتر و قتی مئوثراست که استروجن قبلا بالای آن عمل نموده و تغیرات مربوطه به خودرا بوجود آورده باشد.



شکل (۹)　　　　(۲)

Menstrual cycle (hormones، histologic changes، and basal body temperature)

اینک بصورت خلاصه تاثیرات هورمون های موثر در تنظیم عادت ماهوار را مورد بحث قرار میدهیم.

هیپوتلموس

بزرگترین مرکز Neuro endocrine بوده که تحت تاثیر مرکز که در لوب Temporal قراردارد فعالیت میکند .

هورمون های GnRh (Gonado trophin Releasing Hormon) که باعث افراز هورمون های FSH و LH میگردد وprolactin Inhibiting Factor (مانع افراز هورمون پرولاکتین از غده نخامیه میگردد) را افراز میکند . حالات اضطراب، تشوشات روحی روانی، ترضیضات و انتانات بالای رابطه

H-P-O Axeis تـاثیرات نـاگوار خـود را وارد میکننـد. افـراز GnRh در مردهـا دوامدار و نسبتاً ثابت ولی در خانم ها بشکل نوسـانی میباشـد و half life آن 2-4 دقیقه است.

تأثیرات تراپوتیک GnRh

۱- تجـویزدورانی آن درنزدخانمهـای مصـاب بـه عقامتیکـه منشـاآن hypothalamic hypogonadic باشد سبب تنبیه وتولیدتخمگذاری میشود.

۲- دربلوغهای زودرس میتواندسبب نهی وتوقف عادت ماهوارگردد.

۳- دراندومتریوز سبب تکمش نسـج آن گردیـده واتروفـی انـدومتریوم را باعث میشود.

۴- درهرسوتزم :از رشد موی ها جلوگیری میکند.

۵- درخونریزی رحمی غیروظیفوی (DUB) مینوراجی راکنترول میکند.

۶- درفیبرومهای رحمی درحـدود ٪۵۰ حجـم آنهـاراازاثرتکمش درنسـج شـان تنقـیض داده وتاحـداعظمی ارواء شـانراکم میسـازد کـه درنتیجـه عملیـات کمترخون دهنده میگردند.

Sid effect

۱- سرچرخی.

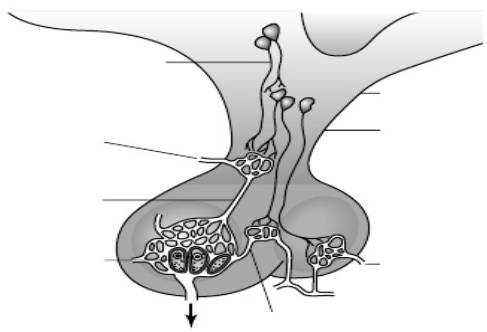
۲- نقیص اشتهای جنسی.

۳- تزایدسویه کولسترول وLDL .

۴- تداوی دوامدار وبیشتراز ۶ ماه، سبب osteoporosis میگردد (ازسـبب تأثیرات anti ostrogenic آن).

غدهٔ نخامیه

فص قدامی این غده شش نوع هورمون را افراز میکند کـه عبارتنـد از FSH، LH، GH، ACTH، T.S.H و Prolactine. از جمله دو هورمـون FSH و LH تـأثیرات مستقیم بالای تخمدان ها و Proluctine بالای ثدیه ها دارد.



شکل (۱۰) (٤)

۱- FSH (fullicula stimulating Hormon)

یک هـورمـون منحل درگلایکوپروتین باوزن مـالـیـکولی بلـنـد مـیـباشد. half life آن ۴ساعت است ودرروزهـای 7-8 عـادت ماهواربـه حداعظمی خود میرسد و سویهء بلند ستروجن خون باعث کاهش افرازآن میشود (فیدبک منفی) رشدونموی فولیکول ابتدائی و تحـول آن بـه فولیکـول دوگـراف که استروجن وهورمون Inhibin افراز میکند از وظائف اساسی آن است.

FSH غیرطبیعی سبب غیرمنظم شدن عادت ماهوار، سیکل تحیضی غیرتبیضی و عقامت میگردد.

۲- LH(Leuterising hormone) (۵)

یک هورمون منحل درگلایکوپروتین باوزن مالیکولی بلندبوده و half life=30^{mint} دارد. از حجرات بیتا افراز میشود و ساختمان کاربوهیدراتی آن مانوز است.

هنگامی که استروجن و Inhibin افرازا هورمون FSH ، را نهی میکند افرازاین هورمون (LH) تنبه میشود. با مقدار FSH کم هورمون LH سبب تشکل جسم اصفر(CL) میگردد. بلندترین مقدارآن ۲۴-۳۶ ساعت قبل ازتبیض میباشد. (اغلاً ۷۵ نانوگرام فی میلی لیتر).

عوارض جانبیFSH و LH

با مقدار بلند سبب تنبیه پخته شدن بیش ازحد یک تخمه گردیده که منجر به حاملگی چند گانه می شود.

سویه پائین FSH و LH سبب میشود تا فولیکول پخته نشود وهمچنین تشوشات عادت ماهوار و عقامت را بار آورده میتواند.

۳- Prolactin Hormon

یک پروتین منحل درالکول بوده که توسط حجرات فص قدامی غده نخامیه افرازمیگرددوتوسط PIF (prolactin inhibetorey factor)

ازهیپوتلموس نهی میشود.درحادثات هیپرتیروئیدیزم نزدمریضان هیپرپرولکتینمیانیزدیده میشود

تخمدانها

هورمونهائی که ازمبیض ها افرازشده ومنشاکلسترولی دارند عبارت از: استروجن، پروجسترون، تستوسترون، اندروستیندایون ، انهیبین وریلاکزین می باشند.

۱- ستروجن

ازحجرات theca cell وگرانولوزا بمقداربلندوازجسم اصفر و غدوات فوق الکلیه بمقدارخیلی پائین افرازمیگردد .درکبدغیرفعال گردیده و بشکل گلوکویورونیداز ازکلیه ها طرح میشود. درروزهای ۶و ۷ عادت ماهوار بلند رفته (50PG/ml) و ۴۸ساعت قبل از تبیض به حداعظمی (350PG/ml) بالامیرود.

تاثیرات استروجن

۱. مسؤول رشدوانکشاف اورگانهای تناسلی تالی جنسی میباشد.

۲. مسؤول حفظ شفافیت وطراوت جلد خانم هااست.

۳. مسؤول رشد و انکشاف جهاز تناسلی خارجی و اپیتل، دهلیز مهبل واندومتریوم رحم است.

۴. مسؤول تولیدوتنبیه حرکات اشتداری نفیرهااست.

۵.سبب هیپرتروفی نسج ثدیتان خصوصاً Ductul system میشود.

۶. کلسیفیکاسیون عظام مخصوصافقرات،مفاصل آرنج و hip راعهده دارمیباشد.

۷. شکل فمی آن HDL رابلندبرده وتاثیرمثبت درحفظ وظیفه قلبی دارد.

۸. سبب احتباس آب وسودیم درعضویت میشود.

۹. بامیکانزم فیدبک منفی سبب نهی افراز FSH وتولیدافراز LH میگردد.

Progesteron II (ه)

عمده ترین منبع تولید پروجسترون جسم اصفراست وبه مقدارکم هم توسط غدهء ادرینال که کورتیکوستروئید تولید میکندافرازمیشود وبه شکل pregnandiol و glucouronid درادراراطراح میشود.سویهء آن بعدازتبیض به 15ng/ml درروزهای ۲۲-۲۳عادت میرسد . باحامله شدن افراز آن دوام می کند ودرصورت عدم حاملگی معروض به سقوط می شود وبه اشکال مختلف دربازارتجارت انواع آن موجوداست.

تاثیرات پروجسترون

۱- مخاط عنق رحم راغلیظ وغیرقابل عبور برای سپرم میسازد.

۲- عنق رحم را درنگه داشت حاملگی توان بیشتر می دهد. (هایپتروفی عضلات)

۳- سبب هایپرپلازی و رخاوت عضلات رحمی گردیده که در نتیجه ظرفیت رحم بلند رفته وهمچنین اندومتررحم رابه صفحه افرازی میبرد.

۴- رشد اپیتیل غدوات ثدیه رابلند می برد. (همراه با استروژن رشد acinar اپیتیل را سبب میشود).

۵- افـــــراز LH را نهی میکـــند.

۶- درحدود $\frac{1}{2}$ درجه سانتیگراد حرارت بدن رابلند می برد(ترموجنیک)

(چارت Biphasice هنگام تخمگذاری خانمها)

۷- عضلات ملساء راتماما استرخاءمیدهد.

۸- لیبیدوراتنقیص میدهد.

۹- تأثیرانابولیزانت داردوسبب چاقی میشود.

۱۰- بعضی انواع پروجسترون ها اگر به مقدار بلند و مدت بیشترداده شوند، سبب ویریلزم در طفل دختر خانم حامله میشوند. (از سبب تحول قسمی آن به تستوسترون).

Inhibin III

یک پروتین غیرستروئیدی منحل درآب است که از اثر تاثیراستروجن بالای مجرای گرانولوزل تولیدمیشود.Inhibin سبب نهی افرازFSH وتنبیه LH درصورتی که درصفحه اول سیکل عادت ماهوار داده شود میگردد، لذا پروسهء رشدوتولید تخمه راتوقف میدهد.درPCOD سویهٔ بلندInhibin سبب تزایدتناسب $LH/_{FSH}$ گردیده ودرنتیجه anovulation سیکل بمیان میآید، اشکال ونمونه های synthetic آن در بازار تجارت موجوداست.

Relaxin VI

یک پروتین غیرستروئیدی منحل درآب است که وظیفه آن استرخاءعضلات وانساج مفاصل حوصله میباشد.

Testosteron V

نسج ستروما بـه مقـدار کمـی تستوسـترون ، دیهیـد روایـی اندروسـترون (DHEA) و اندروستیندایون تولید میکند. بعد از مینوپوز نسـج سـترومای مبیضـی تزاید یافته لذا مقدار بیشـتر تستوسـترون افرازگردیـده وزمینـه را بـرای هرسـوتزم نزدخانم ها مساعد می سازد.

جدول سویۀ نارمل هورمون ها در مراحل مختلفه سیکل عادت ماهوار

نوع هورمون	صفحه فولیکولی	صفحه تبیضی	صفحه لوتیال
FSH	5-10 Iu/ml	10-30 Iu/ml	2-9 Iu/ml
LH	6-14 Iu/ml	25-100 Iu/ml	2-13 Iu/ml
Estrogen	100-200 pg/ml	300-500 pg/ml	100-200 pg/ml
Progesteron	1ng/ml	15 ng/ml	-------
تستوسترون	به مقـدار 0.2-0.8 ng/m کـه نیمـه آن از مبـیض هـا افراز میشود.		
DHEA	بمقدار 1-2mg و اندروستیندایون به مقـدار 3mg روزانـه تولید میشود.		

Key point

۱- سیکل عادت ماهوار مستقیما با مداخله سیکل مبیض ها که هورمون های ستروجن و پروجسترون را افراز میکند تنظیم میشود لذا مستقیما توسط غده نخامیه و هیپوتلموس کنترول نمیشود.

۲- صفحه proliferative اندومتر توسط تنبیهات ستروجن و صفحه افرازی با تنبهات پروجسترون سازماندهی میگردد.

۳- ستروجن توسط Theca int و حجرات گرانولوزای فولیکول دو گراف و پروجسترون توسط corpus luleu (Theca int) افراز میگردد.

۴- با میکانیزم فدبک مثبت و منفی متناوب بین HPO axis و هورمون های مبیضی وظایف اورگانهای تناسلی تنظیم میگردد و هر نوع تشوش درین میکانیزم غیر منظم شدن عادت ماهوار، عادت ماهوار غیر تبیضی و حتی عقامت را در قبال دارد.

۵- تاثیرات مطلوب هورمون ها بالای اندومتریوم و اپیتلیوم عنق رحم و ۱/۳ اپیتل جدار علوی مهبل میباشد.

۶- بعد از مینوپوز تغیرات اتروفیک در اندومتریوم رو نما گردیده طوریکه آنرا منقبض تر ساخته و ضخامت آنرا به کمتر از 4^{mm} می رساند و اندومتریت senile میتواند سبب خونریزی Post menopausal گردد.

۷- با اجرای معاینه هستوپتولوژیک اندومتر رحم تغیرات تاثیرات هورمونی را میتوانیم مورد مطالعه قرار داده و علاوتا میتوانیم TB و کانسراندومتر را نیز بررسی نمائیم.

Trophoblastic Diseases (۱)

امراض تروفوپلاستیک

هر گاه عملیه تلقیح بیضه با نقیصه همراه باشد طوریکه بیضه خالی و یا بیضۀ فرسوده و پیر (Old egg) القاح گردد عارضه مول عرض اندام میکند . به عبارۀ دیگر نقیصه کروموزومی د رمول مطرح است مثلاً در مول کامل حجره دارای 46xxy بوده که همه از پدر منشأ میگیرند و یا ندرتاً از القاح دو سپرم x و y حجره القاحی که دارای 22xy میباشد به وجود آمده و رشد میکند که در هر دو حالت مول به میان می آید و مول ناقص ساختمان کروموزومی Triploidy داشته که ۶۹ کروموزوم میباشد.

تصنیف بندی

۱- مول هیداتید یفورم

A- complete mole

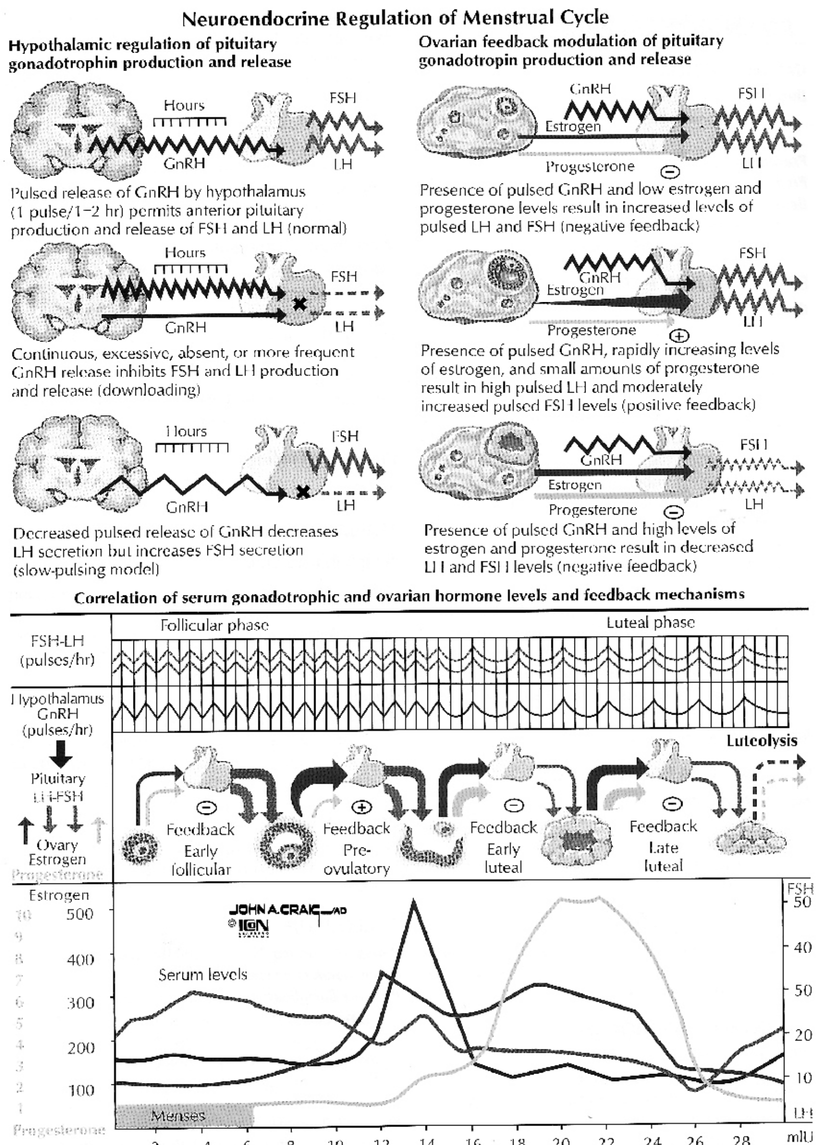
B- incomplete mole

۲- persistent or residual mole

۳ - مول مهاجم

۴- کوریو کارسینوما

۵- شکل غیر متاستاتیک


Neuroendocrine Regulation of Menstrual Cycle
Hypothalamic regulation of pituitary gonadotrophin production and release
Ovarian feedback modulation of pituitary gonadotropin production and release
Pulsed release of GnRH by hypothalamus (1 pulse/1–2 hr) permits anterior pituitary production and release of FSH and LH (normal)
Continuous, excessive, absent, or more frequent GnRH release inhibits FSH and LH production and release (downloading)
Decreased pulsed release of GnRH decreases LH secretion but increases FSH secretion (slow-pulsing model)
Presence of pulsed GnRH and low estrogen and progesterone levels result in increased levels of pulsed LH and FSH (negative feedback)
Presence of pulsed GnRH, rapidly increasing levels of estrogen, and small amounts of progesterone result in high pulsed LH and moderately increased pulsed FSH levels (positive feedback)
Presence of pulsed GnRH and high levels of estrogen and progesterone result in decreased LH and FSH levels (negative feedback)
Correlation of serum gonadotrophic and ovarian hormone levels and feedback mechanisms
Follicular phase
Luteal phase
FSH-LH (pulses/hr)
Hypothalamus GnRH (pulses/hr)
Pituitary LH-FSH
Ovary Estrogen Progesterone
Luteolysis
Feedback Early follicular
Feedback Pre-ovulatory
Feedback Early luteal
Feedback Late luteal
Serum levels
Menses
Days
JOHN A.CRAIG

شكل (١١)

(٤)

اتیولوژی و هستوپتولوژی مول

واقعات مول هیداتیدیفورم در آسیای جنوبی بکثـرت بملاحظـه میرسـد در اضلاع متحده و انگلستان به تناسب $\frac{1}{2000}$ تا $\frac{1}{3000}$ حاملگی دیده میشود. در هنـد، چین و شـرق میانـه بـه تناسـب $\frac{1}{500}$ و درتـایوان بـه تناسـب $\frac{1}{80}$حـاملگی تصـادف میگردد.

اگر چه از نظر سببی تا حال بدرستی علت مرض شناخته نشده است باز هم آفـت در کسـانیکه بـرنج بیشـتر مصـرف میکننـد و طبقـات پـائین جامعـه از نظـر اقتصادی فرهنگی بیشتر بوقوع می پیونـدد کمبـود فولیـک اسـید یکـی از اسـباب دیگر مرض شناخته شده است.

خانم ها در دو نهایت سن باروری (کمتر از ۲۰ ساله وبلنـد تـر از ۴۰ سـاله) زمینه مساعد بیشتری بمرض دارند و هم چنین نزد خانم هائیکه یک مرتبه مصاب مول هیداتید یفورم شده اند امکان تکرار آن بیشتر موجود میباشد.

این عارضه از اثر نقیصه در عمل القاح در یک تخمـه خـالی ویاحـاملگی های در سنین پیشرفته بیشتر عرض اندام میکند.

مطالعه سایتوپتوجنیک یک انومالی کروموزومی را نشـان میدهـد .در مـول کامـل تعـداد کرومـوزم هـا 46xx بـوده و کـاملا از پـدر میباشـد و نـدرتا یـک کروموزمxyهم دیده شده که نشان دهنده القاح توسط دو عـدد سـپرم میباشـد و مول ناقص دارای ۶۹ کروموزم (تریپلویید)میباشد.

Complet Mole مول کامل

مول کامل مشابه خوشهء انگور بوده اندازهء هر دانهء مول از چند ملی متر تا $2\text{-}3^{cm}$ تفاوت میکند. ویزیکول ها مانند مرواریدهای شفاف و سفید هستند که دارای جدار نازک بوده و محتوی ان ها مایع شفاف است و ویزیکول ها با همدیگر توسط ساقهء بسیار نازک وصل اند. جنین، پلاستا، اغشیه و مایع امینوتیک معدوم اند

از نظر هستولوژی موارد ذیل قابل بررسی اند.

۱- سنسیتیوتروفوبلاست رشد معادل سایتوتروفوبلاست دارد هسته حجرات هیپرکرومیک بوده و میتوز فعال دارند.

۲- دراستروما تغییرات بشکل پندیدگی و تورم بملاحظه می رسد.

۳- اوعیه ذغابوی بملاحظه نمی رسند.

۴- هرگاه مول سلیم باشد ساختمان های ذغابوی بملاحظه رسیده در صورتیکه مول خبیثه باشد اینها معدوم اند.

۵- اندازه مول مربوط به سن حاملگی و قدرت رشد و اندازه ذغابات مول میباشد . استحاله در مول سبب عدم رشد آن میشود.

در یک تعداد حالات در دو گانگی ها یکی از آن ها میتواند سالم و دیگری به شکل مول رشد نماید و ندرتا حمل خارج رحمی هم میتواند به شکل mole باشد.

Partial mole مول ناقص

مول ناقص از نظر ساختمان نسج پلاسنتائی مورفولـوژی نارمـل خـود را حفظ نموده و وجه مادری آن حاوی ذغابات میباشد جنین همیشه موجـود اسـت ولی اکثرا معیوبیت دارد.

رحم کلان و هیپر تروفیک بـوده، دیسـیدوا ضـخیم و تخمـدان هـا حـاوی کیست لوتئین گرانوزل میباشند (٪۶۰) که اندازهء آن متغیر بوده و ندرتا مطابق به حجم راس جنین کلان شده میتواند که بعضـا تـدور نمـوده و ایجـاب لاپراتـومی عاجل را میکند.

اعراض سریری

مریضان منحیث یک خانم حامله در تریمستر اول و یا شروع تریمسـتر دوم حاملگی به دکتر مراجعه میکنند. شاید هیچ نوع عرضـی نزدشـان موجـود نباشـد، لاکن رشد و کلان شـدن غیـر طبیعـی رحـم غیـر موجـه باشـد ونـدرتا هـم شـاید خونریزی شدید مهبلی که سقط غیر قابل جلوگیری را تمثیل میکنـد نـزد مریضـه موجود باشد.ولی معمولا مریضه از خونریزی خفیف مهبلی شاکی بوده که سـبب مراجعه شان به داکتر گردیده است. در یک تعداد نادر وقایع از خروج ویزیکـول ها و ذغابات مول هم ممکن است حکایه نمایند. دردهای بطنی از اثر توسع سریع رحم، خونریزی خلف پلاسنتائی (مول ناتام)،انتانات رحمی و یا تقصلات رحمی برای خروج محتویات رحم و تاسس سقط ممکـن اسـت موجـود باشـد وعلاوتـا هایپرایمیزیز گراویدارم (٪۳۰) قبل از هفته ۲۴ با فرط فشار خون حـاملگی یکـی از اعراض برجسته مول میباشد. در ٪۷-۳ وقایع تایروتوکسـیکوز همـراه بـا تـاکی

کاردی سوپراوینتریکولر و dyspnea نزد مریضان دیده شده میتواند که از سبب تزاید افراز HCG و هم چنین $T_4 - T3$ و TSH سازماندهی میگردد. تخلیه مول سبب از بین رفتن هیپرتیروئیدیزم گردیده و ندرتا این مریضان نیاز به تداوی پیدا میکنند. عدم کفایه cuagulation وامبولیزیشن ذغابات از نسج تروفو بلاست نیز راپور داده شده است.

خانم مصاب به آفت ، ممکن است کم خون و تب دار باشد و در ۷۵٪ وقایع حجم رحم بزرگتر از سن امینوره بوده، نرم و خمیر مانند از سبب عدم مایع امینوتیک جس میگردد. برجستگی های جنینی قابل جس نیستند و قلب جنین هم شنیده نمیشود. عنق و جسم رحم نرم جس میشود. ثدیتان بزرگ اند و جس کیست تخمدان کاری است مشکل که نمیتوان بدرستی آنرا تثبیت کرد.

تشخیص و تشخیص تفریقی

۱- اشتباه در تاریخ حاملگی: عدم موجودیت جنین که با اجرای u/s اندازهء حجم رحم مشخص میگردد.

۲- حمل های چند گانه که با u/ s مشخص میگردند.

۳- پولی هیدرامینوس حاد که سبب بزرگی آنی رحم میگردند و با درد هم ممکن همراه باشد و u/s آنرا بخوبی میتواند تشخیص کند.

۴- فیبروم رحمی همراه حمل نیز ممکن است که با مول مغالطه شود ولی u/s عمده ترین وسیله تشخیصیه است.

۵- تهدید سقط هم که توسط u/s مشخص شده میتواند.

بررسی و تشخیص مرض

۱- با u/s یک منظرهء طوفانی برف را نشان میدهد. عدم موجودیت جنین و پلاسنتا مول کامل را نشان میدهد. ولی در مول ناقص در پلاسنتا کیست بملاحظه رسیده و جنین هم اکثرا معیوب میباشد.

۲- u/ s دوپلر در مراحل مقدم حاملگی حرکات قلب جنین را مشخص ساخته میتواند.

۳- مقدار hCG اطراح شده در ظرف 24h در ادرار خانم بیشتر از $100000^{Iu}/_{ml}$ بوده و سویه hCG درخون بلند تراز $40000^{Iu}/_{ml}$ دریافت میشود.

۴- در رادیوگرافی ریتان میتاستاز ذغابات مول رد ویا تائید شده میتواند.

۵ - با اجرای CT میتاستاز مول در نسج دماغ بررسی گردیده میتواند.

اختلاطات

بدو شکل مقدم و مئوخر تصادف میگردند.

a. اختلاطات مقدم

خونریزی، مداخله انتان و تیروتوکسیکوز از جمله حالات اختلاطی مریضی اند و هم چنین سوراخ شدن رحم هنگام تخلیه مول از اختلاطات جراحی مداخلهء مرض است.

b. اختلاطات موخر

❖ باقیماندن مول و دوامدار شدن پروسه.

- ❖ مول مهاجم.
- ❖ کوریوکارسینوما.
- ❖ عود مرض بین ۲٪– ۵٪ . راپور داده شده است.
- ❖ اختلاطات شیموتراپی.

تـــداوی

۱– اگر خانم به لوحهء سقط و یا تهدید ســقــط مراجــعــه میکند نزد وی oxytocin به مـــقـــدار 5-10un در داخـل سیروم بـه شـکل IV شـروع نمـوده و ســـپس تخلیـــه بـــا سکشـــن انجـــام شـــود. از خـــونریزی هـــای بعـــدی بـــا تجویز 0.2mg میترجین و هم چنین بـرای کنتـرول از مداخلـه انتـان انتـی بیوتیـک وسیع الساحه شروع گردد.

۲– اگـر عارضـه در جریـان حـاملگی مشـخص میگـردد. معاینـات مریضـه تکمیل شده و آماده گی ها برای تخلیه زیر انستیزی عمومی گرفته شود اگر عنـق سخت و بسته باشد بوسیلهء تجـویز PGE_2 بشکل شـاف هـای مهبلـی خصوصـا در حذای عنق و یا گذاشتن سامان و وسائل مخصوص جراحی در داخل عنق رحـم در شـب قبل ا ز عملیات (تطبیق سند) کـه زمینـه سـاز نـرم شـان و بـاز شـدن آن میگردد انجام شود سپس با سکشن داخل رحـم تخلیـه گـردد (ترجیحـا بمقصـد جلوگیری از سوراخ شدن رحـم و تخلیـه کامـل آن ، بهتراسـت کـه زیـر Ecran اولتراسونوگرافی رنگه انجام شود.

۳- در خانم های بلند تر از ۴۰ سال ترجیحا بمقصد جلوگیری از عود مرض و تحول آن به کوریوکارسینوما بهتر است هسترکتومی اجرا گردد با وجود اجرای هسترکتومیfollow up مریضان ضروری است.

۴- شیمو تراپی وقایوی در حالات ذیل توصیه میگردد.

- در صورتیکه ریسک بلند کوریوکارسینو ما متصور باشد.
- نزد خانم های که پائینتر از ۲۰ و بلند تراز ۴۰ سالگی قرار دارند.
- در صورتیکه سویه بلندhCG در مراحل ابتدائی موجود بوده و بعد از ۶ هفته باز هم بلند باقیمانده باشد.

شیموتراپی شامل یک کورس فمیMethotrexate 5mg بمدت ۵روز روزانه پنج مراتبه است. لازم است که Hbو تعداد کریوات سفید خون در شروع تداوی با میتوترکسات نارمل باشد.

اهمیت follow up در مول هیداتیدیفورم: تمام اشکال مول (کامل و ناقص آن)باید بدلایل ذیل تا مدت ۲ سال تعقیب و کنترول گردد.

۱- برای دریافت ادامه آفت و یا بقایای آن.

۲- ممکن است مول به شکل تهاجمی تبدیل گردد.

۳- ممکن است در حدود ٪۱۰-۲ وقایع به شکل کوریوکارسینوما تحول نماید.

مریضان ماهانه چک گردند در معاینه با اسپیکولوم قبهء مهبل ،عنق رحم وساحهءاحلیل دیده شود. با معاینهBimanual حوصلی تنقیص حجم رحم و اندازهء کیست مبیضی اگر قبلا موجود باشد بررسی گردد. u/ s در follow up اندازه رحم، کیست تخمدان و دریافت بقایای mole اهمیت خاص

خود را دارد و رادیو گرافی شش ها از ارزش خاصی برای دریافت میتاستا زریوی برخوردار است.

در حمل های مول هیداتیفورم بعد از تخلیه تعیین اندازۀ hCG از اهمیت و ارزش طلائی برخوردار است . بصورت نارمل باید در ختم هفتهء ششم هورمون hCG در خون دورانی معدوم گردد (ندرتا بیشتر دوام میکند) هرگاه تست منفی گردید بعد ازهر سه ماه در سال اول و هر شش ماه در سال دوم تکرار گردد.

در ظرف ۲ سال اول خانم نباید حامله شود و برای استفاده از میتود ضد حاملگی مشوره گردد ولی IUCD و ادویه ضد حاملگی صرف پروجسترونیک مضاد استطباب اند. از ادویه ضد حاملگی فمی میشود استفاده نمود ولی خوبترین روش Barreir میتود است.

هرگاه سویه بلند هورمون دوام یابد (۶ ماه) و یا اینکه دفعتا تزاید در سویه آن بمشاهده رسد ایجاب بررسی مجدد و دقیق مریضان را میکند. عود مول درحدود ۰.۵ تا ۳ فیصدواقعات است.مریضان در حمل بعدی خود باید در ماهای مقدم حاملگی u/s گردند . تکرار مول خیلی کم بوده و برای این نوع خانمها توصیه گردد که دیگر حمل نگیرند زیرا چانس کوریوکارسینوما نزدشان بلند می رود.

در حالاتیکه بقایای mole موجود باشد خانم از خونریزی بشکلSpottingیا به شکل دوامدار شکایت دارد و سویه hCG بلند باقی میماند و با u/ s مشخص میگردد.

برای تداوی آن باید D+C انجام شده و اجسام باقی مانده تخلیه شوند ویک کورس شیموتراپی بشکل وقایوی تطبیق شود.

در صورتیکه خونریزی پس از تخلیه کامل مول ادامه یابد به احتمال قوی تشخیص مول مهاجم گذاشته شده و تداوی اساسی آن هسترکتومی میباشد.

Choriocarcinoma

اتیولوژی

کوریوکارسینوما یک تومور نادر رحمی است که درجه خباثت بلند داشته و میتاستاز آن بیشتر امکان دارد. اگر چه شیموتراپی در تداوی آن نه تنها جواب فوق العاده مناسب و خوب درین اواخر داده است، بلکه فیصدی هسترکتومی را نزد خانم های جوان نیز کاهش داده است و حمل گیری موفقانه هم در زمینه بعد از شیموتراپی راپور داده شده است. کوریوکارسینوما اکثرا و بفیصدی بلندی منشا حاملگی دارد.

در حدود ٪۵۰ وقایع بعد از مول ، ٪۲۵ بعد از سقط ها ، ٪۲۰بعد از حمل نارمل و به ترم و ٪۵ بعد از حمل خارج رحمی (خصوصا حمل نفیری) راپور داده شده است کوریوکارسینومای غیر حاملگی از تومورهای تخمدان از germ cell بمیان آمده میتواند.

واقعات خبیثه در ظرف دو سال بعد از مول رخ داده میتواند و ممکن چندین سال بعد از یک حمل نارمل به ترم هم عارضه بمیان آید که تشخیص را مشکل سازد.

کوریو کاسـینوما در حمـل مـول هیداتیـدیفورم $1/50000$ تـا $1/70000$ واقعه بوده ولی در آسیای جنوبی این رقم ۲۰-۱۰ مرتبه تزاید می یابد و خانم های کثیرالولاده که بلند تر از ۴۰ ساله باشـند بیشتر معـروض بـه ریسـک میباشند .

Pathology

رشد نسج به شکل تومور ارغوانی شکل و شکنند که محیط آن نامشـخص میباشد بملاحظه می رسد و ممکن در داخل جوف رحم تبارز نموده که منجر بـه خونریزی ازآن گردد واگردر داخل جوف رحـم رشـد و پیشـرفت نداشـته باشـد کدام اعراض خاصی تا وقتیکه به صفحات پیشرفته خود نرسیده باشد ، بملاحظـه نمی رسد.

تومور مشابه بشکل یک polype placenta تظاهر میکند لاکن رشد سریع بدون محیط یا کنار مشخص دارد و آفت از طریق اوعیه به عنق رحم، قبهء مهبـل و دهلیز تجاوز نموده وبشکل یک کتلهء ارغـوانی بـه داخـل مهبـل رشـد میکنـد. میتاستاز بعیده در شش ها و نسج دماغی هم متصور است و د ر حدود ٪۱۰ وقایع کیست های گرانولوزال لوتئین امکان دارد که قابل دقت اسـت. در هیسـتولوژی آن حجرات سینستیو ترو فوبلاست، سایتو ترو فوبلاست، حجرات سـرخ خـون و ساختمان غیر ذغابوی ممکن اسـت بملاحظـه برسـد. نسـج تروفوبلاسـت بـداخل رحم نفوذ کرده و سبب نکروز حجرات میومتریوم میگردد.

اعراض کلنیکی

خونریزی های متقطع یا دوامدار مهبلی بعد از یک سقط ، حمل و خصوصا مول، حمل خارج رحمی وغیره احتمال آفت کوریوکارسینومارا بلند می برد. خونریزی مقدارا شاید کم و یا شدید بوده ، بد بوی و متعفن باشد.

بعضا نزد خانم ها اعراض متاستاز آفت دیده شده که عبارتند از خونریزی مهبلی بعد از مجامعت و یا خونریزی های غیر منظم مهبلی، عسرت تنفس و هموپتیزی در متاستازریوی،هیمی پلجی در متاستاز دماغی دیده شده میتواند (برای تحری میتاستاز قحفی باید CT اجراشود) اگر چه میتاستاز کلیه و کبد خیلی کم است ولی با MRI مشخص شده میتواند.

تشخیص و بررسی آفت

۱- اجرای هستوپتولوژی از موادیکه با D+C از رحم تخلیه شده است اگر چه همیشه ثابت نمیباشد.

۲- تعین سویه هورمون β hCG در خون و ادرار مریضه.

۳- رادیوگرافی شش هابمقصد تحری میتاستازدر شش ها.

۴- بیوپسی از نسج روئیده در طرق تناسلی سفلی.

۵-CT دماغ به مقصد دریافت میتاستاز آفت.

۶- اجرای تست های کبدی قبل از شروع به تداوی.

۷- مطالعه CTوMRI انساج حوصله قبل از تصمیم به تداوی.

تشخیص تفریقی

۱- باپولیپ های پلاسنتا که بااجرای کورتاژ بـرای آنهاکمـک زیادترشـده می تواند.

۲- با سقط ناتام.

۳- باقیماندن قسمتی از پلاسنتا بعد از ولادت.

تـــداوی

تداوی جراحی

درظرف دو دهه اخیر از جراحی وبرداشـتن رحـم بـه طـرف تـداوی طبـی وشیموتراپی رجوع شده و نتیجه هم بهتر بوده است.

هسترکتومی در حالات ذیل اجرا میشود: (۳)

۱- نزد خانم های مسن و کثیره الولاده.

۲- در شکل کوریوکارسینومائیکه ازاثرحمل ویاارتکازپلاسنتا منشا گرفتـه باشند.

۳- هرگاه تومور به شیموتراپی جواب ندهد.

۴- رحم از اثر رشد عارضه تمزق نموده باشد.

۵- تومورهای بزرگ که احتمال عود آن با شیموتراپی بلند است.

هسترکتومی تام اجـرا گردیـده و بـه تعقیـب ان شـیموتراپی ادامـه یابـد. در حـدود ۵-۴ روز قبـل از هسـترکتومی بایـد شـیموتراپی اجـرا گـردد (بمقصـد جلوگیری یا کم ساختن امکان میتاستاز بعیده)در خـانم هـای جـوان تخمـدان هـا حفظ گردند.

تداوی طبی

۱- Methotherexate بمقدار 5mg بتعداد ۵ روز ، روزانه ۵ مرتبه بشکل فمی آن و یا میتوترکسات mg ۲۵ از طریق زرقی در ورید فخذی در یک دوز واحد.

تداوی تا وقتیکه سویهء HCG پائین آمده وصفر شود و سویهءهیموگلوبین هم تا حدود کمتر از 9mg% نشود و سویه کریوات سفید هم از ۴۰۰۰ پایان نیاید درهر سه ماه تکرارگردد.

۲- Methotrexate یکروز در میان همراه با acidFolinic بمقدار 6mg/iv یک روز بعد داده شود (برای ده روز) میتوترکسات سبب نهی جذب فولیک اسید با تشکل اسید نوکلئیک و میتوزیز میشود.

عوارض جانبی میتوترکسات عبارتند از: دلبدی، استفراغ، خونریزی معدی معائی، الوپیسیا، کم خونی،لوکوپنی،اگرانو لو سیتوزیز، تنقیص حجرات سفید،تخریبات کبد وکلیه وراش های جلدی.

۳- Actinomycin 5 mg IV/D: درصورتیکه میتوترکسات سبب عوارض جانبی گردیده باشد.

۴- Ethoposid بمقدار 200mgبه شکل فمی روزانه بمدت ۵ روز در صورت ضرورت کورس دومی ۵ روز بعد تکرار شود.

5- bleomycin 15mg im/BID

6- 5 Fu 12-15 mg/kgw/day : بشکل IV برای ۵ روز،ممکن است سبب colitis گردد.

7- تداوی مشترک قرار ذیل

- ❖ MAC= methotrexate + Actinamycin + chlorambucid
- ❖ MAA= merhotrexate + Actinomycin D + Adriamycin

نتایج: در حدود ٪100در حالات low risk و ٪۹۰ درمریضان high risk که شیموتراپی میگردند نتیجهء تداوی مطلوب است. خانم نباید تا یکسال بعد از قطع کامل دوا حامله شود (تاثیر تراتوجنیک دوا بالای جنین).بسیاری از خانمها بعدازتداوی حمل گرفته و ولادت نارمل با طفل سالم داشته اند.

Ectopic Pregnency (۱)

حمل خارج رحمی

تعریف

عبارت از توضع وغرس بیضهء ملقحه درمحل غیر طبیعی (جوف رحم محل طبیعی غرس بیضهء ملقحه است) آن میباشد .

اتیولوژی (۷)

حمل خارج رحمی در حالات ذیل بوجود آمده میتواند

۱- PID شایعترین سبب حمل خارج رحمی بوده از اثر التصاق اقسام حوصلی و عمدتا نفیرها و تخریبات دیگریکه در غشای مخاطی نفیرها ایجاد میکند باعث عارضه شده میتواند. (۱۶۸/۱۰۰۰)

۲- STD مانند گونوریا، کلامید یا وغیره.

۳- توبرکلوز جهاز تناسلی خصوصا نفیرها.

۴- بعد از سقط و انتانات دوره نفاسی اگر تداوی درست انجام نشود.

۵- انومالی های ولادی نفیرها.

۶- IUCD و گرفتن ادویه فمی ضد حاملگی.

۷- بعد از عملیات های جراحی بالای نفیرها مثلا توبوپلاستی ، توبکتومی و یا لاپراتومی به مقاصد دیگر و غیره.

۸- مهاجرت بیضهء ملحقه از یک طرف به طرف دیگر.

۹- تکنیک های کمک شده برای حامله دار شدن مانند GIFT،IVF وغیره.

۱۰- تنبیه تخمگذاری یا تولید تخمه بوسیله ادویه مانند کلومیفین و غیره.

۱۱- تغیرات در سکل دورانی هورمونها.

۱۲- مریضانی که سابقه عقامت بدون دلیل داشته باشند.

انواع حمل خارج رحمی از نظر توضع بیضه ملقحه (۶)

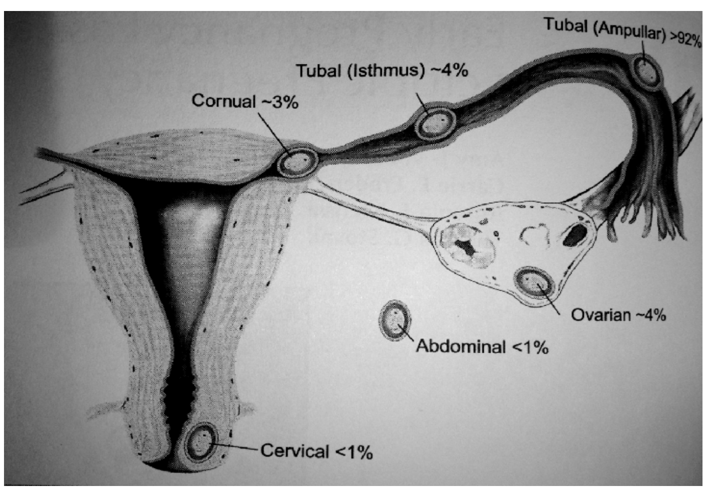
۱- نفیرها در ۹۸٪ وقایع و عمد تا در امپول نفیری.

۲- مبیض ها و داخل بطن ۱.۴٪ .

۳- توضع در قرن Rudimentary رحم، در عنق وقسمت. Interstetial

۴- حمل خارج رحمی ثانوی در بطن.

۵- حمل دوگانه گی که یکی در داخل و دیگری در خارج رحم باشد.



شکل (۱۲) محل توضع حمل خارج رحمی (٤)

پتولوژی

در حمل داخل رحمی ذغابات تروفوبلاست ابتدا نسج انـدومتر را تخریـب میکند که زمینه ساز غرس بیضه ملقحه میگردد بناءً در حمـل خـارج رحمـی کـه توضع بیضه در جدار تیوب ها بوقوع می پیونـدد چـون رشـد دیسـیدوائی نسـبت نازک بودن جدار نفیری ضعیف است لذا درمراحل مقدماتی حمل تیوب کفیـده و حمل خارج رحمی متمزقه را سبب میشود که در نتیجه یک مقدار خون در بین دو وریقه رباط عریض و عمدتا هم در جـوف دو گـلاس تجمـع میکنـد در یـک تعداد کمی از وقایع ممکن است بیضهء ملقحه در داخل وریقه های رباط عریض جابجـا شـده و حمـل خـارج رحمـی ثـانوی را تمثیـل کنـد. نـدرتا هـم در یـک تعدادوقایع جدا شدن یک sac حـاملگی سـالم از تیـوب هـا و جابجـائی آن در جوف حوصله وحتی بطن به تماس اغشیه وانساجیکه ارواء غنـی و خـوب دارنـد آمده و بـا آنهـا رابطـه خـود را برقـرار مینمایـد و حمـل خـارج رحمـی ثـانوی را سازماندهی میکند.

حمل خارج رحمـی مبیضـی: ایـن نـوع ۳- ۰.۵ ٪ حمـل خـارج رحمـی را میسـازد و معمـولا شـکل یـک سیسـت همـوراژ یـک و یـا کیسـت جسـم اصـفر هموراژیک را تمثیل میکند.

حمل مبیضی باساس کریتر یای ذیل مشخص شده میتواند.

- ❖ sac حاملگی باید در برگیرنده جسم مبیض باشد.
- ❖ sac حاملگی باید توسط اربطهء مبیضی به رحم وصل شده باشد.
- ❖ نفیرها باید کاملا سالم باشند.

حمل خارج رحمی ایکـه توضـع و غـرس بیضـه ملقحـه بـالای عنـق رحـم صورت گرفته باشد بسیار به ندرت آن هم در جاپان دیده شده اسـت ($1/_{1000}$ حاملگی) خونریزی منتشر در مراحل مقدماتی بملاحظـه رسـیده و عنـق رحـم بـه شکل بالون درآمده ولی فوهه خارجی ان بسته است و حجـم جسـم رحـم طبعـی است عارضه توسط u/s مشخص شده میتواند.

اعراض سریری حمل خارج رحمی

یک خانم که به سن باروری قرار دارد. با یک امینوره کوتاه مـدت و درد قسمت سفلی بطن مراجعه میکند که ممکن با خونریزی خفیف مهبلی همـراه باشد و یا حتی نباشد و عمدتا هم شاید مترافق و همزمان بزمان توقع عادت ماهوار وی باشد که تشخیص را مشکل تـر میسـازد . خـونریزی هیچگـاه شـدید نبـوده و بشکل علقه خارج نمیشود. درد شدید و دوامدار بوده ،در ابتدا در قسـمت سـفلی بطن توضع دارد و در صـورت تجمـع خـون در جـوف بطـن تمـام بطـن را در بـر گرفته و در صورتیکه خون در جوف بطـن تـا حـذای حجـاب حاجزانتشـار یابـد مریضـه احسـاس درد در شـانه خـود میکنـد (تخـریش عصـب حجـاب حـاجز) خونریزی شدید و انی سبب collapse و شاک مریضه شده مریضه نا آرام بوده و به حالت ضعف و غش در میآید.

اعراض شوک مانند تاکی کاردی ، تفریط فشـار خـون و غیـره مربـوط بـه مقدار ضیاع خون میباشد خانم سرد و مرطوب بوده و درجه حرارت هم پائین تـر از حد طبیعی است .خسافت واضح نزدش دیده میشود، پری و حساسـیت قسـمت

سفلی بطن، جس بطن را با جزئیات آن مشکل میسازد. رحم قوام نرم ونسبتا طبعی دارد با تحرک عنق رحم، درد شدید نزد مریضه احساس میشود.

اعراض و علائم متذکره فوق حمل خارج رحمی متمزقه و یا در حالت تمزق را وانمود میسازد.

در حمل خارج رحمی غیر متمزقه ، به استثنای اینکه با معاینه بطنی در طرف مربوطه درد خفیف و با معاینهء بایمنوال کتلهء نسبتا دردناک جس شود و باu/s تشخیص قطعی تائید گردد کدام اعراض وصفی خاص دیگری رادریافت کرده نمیتوانیم.

تشخیص تفریقی

۱- با تمزق و یارپچر طحال: هر دو عارضه بطن حاد بوده و بعد از لاپراتومی خوبتر مشخص میگردد.

۲- پرفوریشن امعا: کمتر علائم ضیاع خون داخلی بمشاهده رسیده ولی موجودیت هوا در جوف بطن و زیر حجاب حاجز با اجرای X. Ray بطن ،موضوع را مشخص میسازد.

۳- تمزق اپاندکس و پانکریاتیت حاد، تب و پریتونیت را بوجود میآورد و محل درد هم متفاوت است.

۴- تمزق و یارپچر هماتوم جسم اصفر حاملگی اعراض مشابه به تمزق حمل خارج رحمی را ایجاد میکند که تداوی ان مشابه است.

۵ - احتشاء میوکارد خصوصا اگر با درد ناحیهء شرصوفی توام باشد. ECG موضوع را مشخص میسازد و علاوتا درu/s اعضای حوصلی نارمل اند.

تـــداوی

عارضه جدی است خـانم بمداخلـه عاجـل جراحـی و بـاز کـردن بطـن نیازمند است معاینـات مکمـل خـون اجـرا گـردد و بـالای تشـخیص و تشـخیص تفریقی توجه بیشتر انجام شود.

ورید مریضه باز شده و زرق وریدی تمدید گردد و بطن مریضه عـاجلا بدون انتظار باز گردد.هنگامیکه بطن باز شد محل حمل خـارج رحمـی مشـخص گردیده و salpingectomy انجام گردد. تیوب ها اگر سالم باشـند و چسـپیدگی نداشته باشند جدا گردیده و حفظ شوند . تمام خون با علقـات ان از جـوف بطـن خارج ساخته شود (در یک تعداد حالاتیکه خون تازهء غیـر علقـه شـده در بطـن موجود باشد ، در یک ظرف کاملا معقم که حـاوی سـودیم سـترات باشـد جمـع آوری شده و بعد از تصیفه از چند طبقه گاز میتوان آنـرا دوبـاره بـه خـانم تزریـق نمود،مفیدیت این عمل، آسان بودن ، زود به دسترس قرار گرفتن و مطمئن بـودن از انتانات HIV، HBsAg و غیره میباشد.)

تداوی در حمل خارج رحمی تحت الحاد و مزمن

خانم با سـابقهء امینـوره ۶ تـا ۱۰ هفتـه بـا دردهـای کـولیکی متقطـع در قسمت سفلی بطن و خونریزی خفیف و سیاه رنگ مهبلی مراجعـه میکنـد .از اثـر تجمع خون در جوف دو گلاس یک کتله هماتوسل ایجاد شده که عنق رحـم را به قدام تیله نموده که سبب احتباس ادرار هم شده میتواند وضعیت عمـومی خـانم نسبتا خوب و ثابت بوده ولی خفیف تب دارد.

در ثـدیتان علائم ابتدائی حمل بملاحظه میرسد، بطن حساس و انـدفاعی بوده و کتله ممکن است جس شـود. بـا معاینـه مهبلـی رحـم حجمـا نارمـل و در ملحقات یک کتله که عبارت از هیماتوسل بوده بشکل و قوام نامنظم (ساحهء نرم و سخت) جس میگردد.

تشخیص تفریقی

باساس دریافت های کلینیکی به حادثات ذیل فکر شده میتواند

۱- باکتلهء توبرکلوز یـک ملحقـات حوصـلی : کـه سـابقه امینـوره، درد و حساسیت حوصلی مشابه به حمل خارج رحمی دارد. بنـاءً در مواجـه بـه هـم چـو لوحه باید خانم از نظر TB بررسی لازم گردد.

۲- با PID : کـه نـزد خـانم اکثـرا کـتلات دو جانبـه حوصـلی بـه مشـاهده میرسد، ولی مریضه سابقه امینوره ندارد.

۳- با سقط منتن:اعراض حوصلی مشابه به حمـل خـارج رحمـی دارد ولـی خانم در septic Abortion تب دارد و افرازات بویناک مهبلی نـزدش موجـود است.

۴- با ابسه حوصلی : که نزد خانم یک کتله محجـم حسـاس در جـوف دو گلاس تثبیت شده و خانم تب داشته و از درد قسمت سفلی بطـن واحتبـاس ادرار شاکی میباشد.

۵- با رحم حامله Retroverted:که نزد خانم احتباس ادرار، درد بطـن و امینوره ۱۲ تا ۱۴ هفتـه را مشـاهده میکنـیم و بـا معاینـه بایمـانوال یـک رحـم نـرم

وبزرگ در جوف دو گلاس دریافت میگردد. از u/s برای تشخیص نیـز میتـوان کار گرفت.

۶- با رحم فیبروئید: باستثنای رحم بزرگ اعراض و علائم کلنیکـی مشـابه ندارد.

۷- بـا همـاتوم کیسـت جسـم اصـفر: اعـراض و علائـم کلنیکـی خصوصـا حوصلی ، مشابه به حمل خـارج رحمـی داشـته کـه تشـخیص تفریقـی آن خیلـی مشکل است ولی تداوی جراحی یکسان دارند.

۸- با اپندیسیت مزمن: درد توضع بلندتر دارد، امینـوره و خـونریزی مهبلـی نزد مریض بملاحظه نمی رسد.

۹- بـا کیسـت تـدوری مبـیض: در صـورت تمـزق سـبب درد شـدید بطـن گردیده ولی اعراض به حدی که بتوان تشـخیص حمـل خـارج رحمـی را بـه آن مقایسه نمود وجود ندارد.

تشخیص

بررسی و تصمیم گیری دقیق متقاضی تائید و تثبیـت تشـخیص میباشـد کـه این وقتی متصوراست که خانم حالت ثابت و مناسبی داشته باشد.

تست های ذیل انجام شود

۱- تست حاملگی.

۲- سویه β hCG در سیروم خون.

۳- سونـوگـرافی.

۴- لاپراسکوپی.

۵- کولـدوسـنـتـز.

۱- تسـت حـاملگی: بـه تنهـائی کمـک کننـده نیسـت . یـک تسـت مثبـت حاملگی با یک رحم خالی اشتباه حمل خارج رحمی را بیشتر میسازد (در تسـت منفـی تکـرار تسـت ۳-۴ روز بعـد اجـرا شـود) و هـم چنـین تسـت منفـی متکـرر درصورتیکه رشیم مرده باشد بملاحظه رسیده میتواند.

۲- نزد خانم حامله β hCG در هنگام توقع عادت ماهوار، مثبت شـده و بـا گذشت هر روز اندازه آن دو چند شده میرود و در یک حمل نارمل به سویه بلند تر از $6500^{Iu}/_{lit}$ در هفته های ۵ تا ۶ خود را می رساند. اگر با تکرار معاینه در دو روز بعد سـویه تزایـد β hCG کمتـر از ٪۶۶ معاینـه قبلـی باشـد نماینـدگی از حمل خارج رحمی و یا جنین missed شده میکند با u/s تشخیص دقیق بین ایـن دو گذاشته شده میتواند.

۳- سونوگرافی: رحم خالی با یـک کتلـهء جداگانـه در ملحقـات ، u/s و تست β hCG مثبت عمدتا یک حمل خـارج رحمـی را تائیـد میکنـد . دریافـت مایع درجوف دو گلاس یک علامهء مثبت دیگر حمل خارج رحمی بوده کـه بـا عمل u/s مشخص میگردد و در ٪۵ وقایع sacحاملگی با ضـربانات قلبـی جنـین ممکن است بملاحظه برسد.

۴- کولدوسنتز: با عملیه کولدوسنتز خون سیاه رنگ از جـوف دو گـلاس در حمل خارج رحمی متمزقه خـارج شـده میتوانـد عـدم دریافـت خـون ایجـاب لاپراسکوپی را میکند.

۵- لاپراسکوپی: بـه تنهـائی نمیتوانـد طبیعـت کتلـهء ملحقـات رحمـی را مشخص بسازد،لاکن میتواند نوع تداوی طبی و جراحی را رهنمون شود.

تـــداوی

هنگامیکه تشخیص صورت گرفت عملیات جراحی باید بـا مناسـب تـرین وقت وبدقت کامل بصورت مقدم در نظر گرفته شـود. و ایـن از سـببی اسـت کـه امکان خونریزی حاد هر لحظه متصور است و علاوتا هـر گونـه تـاخردر عملیـات زمینه سـاز چسـپندگی اقسـام حوصـلی و مشـکل شـدن پروسـیجر عملیـاتی شـده میتواند.

در جریـان اجـرای عملیـات تیوبیکـه حمـل در آن موقعیـت داشـته اسـت دریافت شده ، قطع و برداشته شـود. در صـورت التصـاق بـه تخمـدان هـم چنـین تخمدان برداشته میشود. تیوب طـرف مقابـل بررسـی گردیـده و علقـات خـون از جـوف بطـن تخلیـه گـردد. لازم اسـت کـه بمـادران حاملـهRH منفی،امپـول RHoGam نیز تطبیق شود.

تشخیص حمل خارج رحمی مـتـمـزقـــه

تکنولوژی مدرن و عصری امروزه گام های بزرگی بـرای تشـخیص مقـدم حمل خارجی رحمی قبل از تمزق برداشته است که عبارتند از

۱- تمام خانم های بین سن ۷-۵ هفته حاملگی بهتراست کهu/s گردند.

۲- بصورت طبعی افراد ذیل زمینه های مساعد بـه حمـل خـارج رحمـی را دارند ، لذا بررسی و تعقیب گردند.

I. خانم هائیکه نزدشان توبوپلاستی انجام شده و یا بعد از توبکتومی حامله شده باشند.

II. خانم هائیکه PID خصوصا شکل مزمن آنرا داشته باشند.

III. خانم هائیکه IUCD دارند و یا از ادویه ضد حاملگی فمی استفاده میکنند.

IV. خانم هائیکه با مداخلات تنبهی و یا پروسیجرهای کمک شده مانند IVF، IUIو GIFT، ZIFT وغیره حمل گرفته اند.

۳- تعیین سویه β h.C.G و تکرار آن هر ۳-۲ روز بعد و ارزیابی از نتیجه بدست آمده صورت گیرد.

۴- لاپراسکوپی باید در حالیکه تمام شرائط پروسیجر عملیاتی آماده شده باشد انجام شود و در صورت تشخیص قاطع لاپراتومی انجام شود.

تشخیص مقدم حمل خارج رحمی به ما اجازه میدهد که کدام نوع تداوی ،تداوی طبی و یا جراحی را برای مئوثریت بهتر و کمک بیشتر به مریضه انتخاب کنیم، خصوصا اگر خانم جوان بوده و خواهان اولاد هم باشد در ۱۵٪ وقایع تکرار حادثه حمل خارج رحمی نزد خانم ها راپور داده شده است.

تداوی

A- تداوی حمل خارج رحمی نفیری

۱- تداوی جراحی محافظوی.

۲- تداوی طبی.

Canservative surgery

۱- sac حاملگی با پروسیجر دوشیدن (Milking) از نفیر خارج ساخته میشود ولی پروسیجر مطلوب نیست ، زیرا ممکن است ذغابات در داخل لومن نفیر باقیمانده وتیره را بیشتر خون دهنده بسازد که ایجاب مداخلهءجراحی بعدی را مینماید.

۲- با linear salpingostomy تخلیه محصولات حاملگی امکان پذیر است.

۳- قطع و برداشتن sac حاملگی و اناستوموز نفیرها یکی از طرق تداوی مطلوب میباشد .اگر کیسهء حاملگی کمتر از ۵ سانتیمتر باشد توسط عملیه لاپراسکوپی به شکل محافظوی جراحی برداشته شده میتواند در حدود ۵۰٪ حاملگی به تعقیب تداوی جراحی محافظوی راپور داده شده است.

تداوی طبی

تداوی طبی جراحی که در سال ۱۹۸۲ توسط Tanaka عملی شده در حدود ۷۰ تا ۹۰٪ موفقیت آمیز بوده است. در حدود ۶۵٪ حمل داخل رحمی و ۱۵٪ حمل خارج رحمی قرار احصائیه های بدست آمده راپور داده اند.

میکانزم عمل چنین است : بمقدار 50mg میتوترکسات را با پروستا گلندین F2 الفا، RU 486 و یا پتاسیم کلوراید ۲۰٪ یکجا در داخل کسیه حاملگی تحت رهنمائی لاپراسکوپ زرق میشود . هم چنان بمقدار 50mgمیتوترکسات بشکل عضلی نزد مریضه زرق شده میتواند که در ظرف ۴ -۳ هفته sac حاملگی به تدریج معدوم شده می رود. مریضه باید با اجرای

معاینات u/s و تعیین سویه β HCG زیر کنترول باشد اگر خانم به تداوی جواب ندهد و یا اینکه خونریزی از ساحه شروع شود ایجاب مداخله جراحی را میکند.

B تداوی حمل خارج رحمی متوضعه در قـرن Rudimantary و یـا عنق رحم

حملیکه در یک قرن رودیمانتر رحمی توضع میکنـد نسبت اینکـه جـدار رحم ضخیم تر است تا سن ۴-۵ ماهگی میتواند رشد و نمو کرده و بعدا معروض به تمزق گردد که در نتیجه سبب خونریزی وسـیع و تهدیـد آمیـز بـرای مریضـان میگردد ، لذا یک واقعه حاد بوده جراحی عاجل را ایجاب مینماید . برداشتن قرن اضـافی و حتـی در یـک تعـداد واقعـات هسـترکتومی را جهـت جلـوگیری از خونریزی شـدید ایجـاب میکنـد. ایـن نـوع حـاملگی بوسـیله u/s قبـل از تمـزق تشخیص شده میتواند.

حمل خارج رحمی متوضعه در عنق رحـم معمـولا بـه missed انجامیـده و این نوع حاملگی به حیث سقط غیر قابل جلوگیری قبول شده اسـت . تـداوی آن سکشن و تخلیه است و باید یک کتترفولی اقلا در ظرف ۲۴ در حذای عنق رحم گذاشته شود.

حـــمل بـــطـنی ثـــانـوی

با امکانات و تسهیلات که امروز u/s بدسترس قرار داده است حمل بطنی ثانوی خیلی ها نادر است که رخ دهد بشـرط اینکـه از همـان آوان حـاملگی u/s منظما و مکـررا انجـام شـده باشـد . خـانم از خـونریزی مهبلـی در مراحـل مقـدم حاملگی شاکی است و بشکل یک تهدید سقط تحت تداوی قرار میگیـرد . اگـر

پلاسنتا با اورگانهای داخل بطنی که حاوی اوعیه اند ارتکاز نموده باشد حمـل تـا حد ترم رسیده می تواند زیرا قدرت اروائی نسبتا متناسب را تـامین کـرده میتوانـد ولی معمولا جنین IUGR میباشد و سویه مرگ و میر و معیوبیت جنین خیلی بلنـد است. خانم بطور کاذب به صفحه ولادت داخل میشـود ولـی تقلصـات معـدوم و حمل به طرف post term می رود. u/s و رادیوگرافی توضع غیر طبیعی و بلند تر از ناحیه معمول را در حاملگی نشان میدهد.

عملیات لاپراتومی برای ختم حمل ضروراست .اگر پلاسنتا به امعاء و یـا اورگانیکه اروا غنی دارد ارتکاز نموده باشد حبل سـروی از محـل اتصـال آن بـه پلاسنتا قطع و لیگاتور شود پلاسنتا به تدریج ذوب و رشـف میشـود ولـی احتمـال منتن شدن آن زیاد است زرق Methotrexate پروسـه رشـف را سـریع میسـازد . وقایع بسیار نادر یکه جنین mummified شده اسـت مـدت چنـد سـال را در بـر میگیرد تا رشف وجذب شود و در یک تعداد وقایع ممکن اسـت اسـتخوان هـای جنین در داخل بطن زمینه ساز فیستول در جدار بطن مادر گردند.

تشوشات عادت ماهوار

مشکلات و پرابلم های عـادت مـاهوار نـزد خـانم هـا از جملـه نـاراحتی هـا و امراض شایع انـد کـه سـیر صـعودی داشـته و روز تـا روز افـزون شـده مـی رود . دلایلی از قبیل پائین آمدن سن بلوغ، بلنـد رفـتن سـن مینوپـوز، تزایـد اسـتفاده از هورمون ها، بلند رفتن سطح استفاده از ادویـه ضـد حـاملگی و تشوشـات روحـی روانی زندگی های مدرن وعصری رامیتوان بحیث عمده ترین عوامل در زمینه نام برد.

تشوشات عادت ماهوار قرار ذیل اند

۱- امینوره (Amenorrhoea)

۲- اولیگو هیپومینوریا (oligo & hypromenorrhoea)

۳- پولی مینوریا (polymenorrhoea)

۴- متروراجیا (خونریزی های بین الحیضی) (Metrorrhagia)

۵- دیسمینوریا (dysmenorrhea)

۶- پریمنسترووال تنشن (premenstrual tention)

۷- مینوراجی (Menorrhagia)

امینـــــوریـا (۱)

(Amenorrhoea)

تعریف: عبارت از توقف عادت ماهوار نزد خانمیکه به سـن بـاروری قـرار دارد بمدت بیشتر از شش هفته،که میتواند منشا هورمونی ، کروموزومی وانومالی های اناتومیکی داشته باشد. عارضه عمدتا بآسـانی قابـل بررسـی بـوده و در یـک تعداد کمی وقایع ایجاب معاینات دقیق و پیشرفته را میکند.

امینوریا عمدتا بدو گروپ فیزیولوژیک و پتولوژیک تقسیم میشود.

امینوره فیزیولوژیک

این امینوره در چهار حالت ذیل موجود است.

۱- قبل از سـن بــلـوغ.

۲- در دوران شیر دهی.

۳- در دوران بارداری.

۴- در دوره مینـوپـوز.

امینوره پتولوژیک

به دو شکل ابتدائی و ثانوی بملاحظه می رسد.

امینوره ابتدائی

هرگاه خانم به سن ۱۶ سالگی رسیده و اورگانهای تناسلی تالی جنسی رشد مکمل و نارمل خود را نموده باشند و یا اینکه خانم به سن ۱۴ سالگی رسیده ولی اعضای تناسلی تالی جنسی وی کاملا ابتدائی و بدون رشد مانده باشند عادت ماهوار نشده باشد زیرنام امینوره ابتدائی یاد شده وایجاب میکند تا عارضه از نظر سببی تحری و بررسی گردد.

تشکل و تنظیم یک سیکل عادت ماهوار نارمل تحت تاثیر قشر دماغ، هیپوتلموس، غده نخامیه، مبیض ها، رحم و طرق تناسلی سفلی سازماندهی گردیده و فرصت ظهور پیدا میکند وعلاوتا در تشکل سیکل عادت ماهوار نارمل ساختمان کروموزومی خانم، فعالیت نارمل غدوات دیگر اندوکرین و طرز تغذی آن نیز رول موثر دارند.

اسباب آمینوره ابتدایی (۳)

● بلوغ موخر.

● حمل قبل از شروع منارش که خانم درهمان ماهی که می خواهد مریض شود حامله می شود ولی خیلی نادر است.

● آفات وامراض قسمت قشر دماغ : مانند ناراحتی های روحی- روانی، اضطرابات ، ترضیضات، انتانات وتومورها.

● آفات هیپوتالاموس : Kallman’s syndrome ، کارهای شاقه و طاقت فرسا وباختن وزن.

●آفات غده نخامیه : عدم تشکل غده،هیپو گونادوتروفیک هیپیو گونـادیزم، Frohlich syndrom، Laurence-moon-Biedl syndrom، cushing's disease ، hyper prolactenemia ، تومورهای Peneal و گلکتوزیمیا.

●آفات تخمدان ها : مانند رشد ناقص تخمدان ها (سندروم تـورنر) ، عـدم کفایـــه ابتـــدائی تخمـــدان هـــا ، تخمـــدان هـــای پولیکســـتیک (PCOD) و Savage syndrome وغیره .

●آفات طـرق تناسـلی: ماننـد انـدومتریوم معنـد درجوابگـویی بتـداوی بـا هورمون های جنسی و انسداد طرق تناسلی سفلی. عدم موجودیت رحم و یا رحم هـای رودیمـا نتـر،Rokitansky-kuster- Hauser synd، غشـای بکـارت غیـر مثقوبه، مهبل حجاب داروغیره

●نقائص کرموزومی : مانندInter sex، سندرم تورنر وغیره .

●آفات دیگر غدوات افراز داخلی : مانـند Juvenil دیابت، کریتنیزم ،فـرط ویا تفریط فعالیت غدوات تایروئید، ادرینال وغیره .

●استفاده ازادویه: مانند ترانکولایزر ، ادویه ضد فشـار خـون و ادویـه ضـد انحطاط عصبی وغیره.

●تغذی: فرط ویا تفریط تغذی، توبرکلوز، بی اشتهایی عصبی ، سوء تغذی وغیره

اسباب امینوره ثانوی (۵)

هرگاه خانم یک مراتبه ویا بیشتر ازآن عادت ماهوار گردیده وبعدا معروض به عادت نشود زیر نام امینوره ثانوی یاد میشود ،عوامل وفکتورهای ذیل درزمینه دخیل اند:

۱- بشکل فیزیولوژیک: مانند دوران حاملگی و دوران شیر دهی.

۲- هیپوتلموس: کیست های کاذب (pseudocyesis).

۳- غده نخامیه: سندرم sheehan's، هیپرپرولکتینیمیا، تومورهاو ادویه فمی ضد حاملگی که فعالیت وظیفوی انرا نهی میکند.

۴- تخمدان: مینوپوز قبل از وقت، مبیض مقاوم به هورمون، امراض اوتوایمون وPCOD.

۵- طرق تناسلی: اندومتریت TB، سندروم اشرمن، اندومتر معند به تداوی.

۶- تغذی: چاقی ، بی اشتهائی عصبی و غیره.

۷- اعضای اندوکرین دیگر: دیابت ، تشوشات تیروئید وامراض غدوات دیگراندوکرین.

بعضی از امراض و حالات به هر دو حالت امینوره ابتدائی و ثانوی مشترک میباشد.

- Frolich syndrome: نزد مریضه چاقی، هیپوپلازی اورگانهای تناسلی جنسی و امینوره موجود بوده سویه FSH پائین و پرولاکتین بلند است.

- Laurence-Moon-Bie syndrome: علاوه از اعراض Frolich syndrome نزد مریضه پولی دکتیلزم، Retinitis pigmentosa و تئاخر عقلی نیز موجود است.

● Hyper Prolactenemia: میکرو و ماکرو ادینوما ی فص قدامی غـدهء نخامیه سبب امینـوره از اثـر انحطـاط افـرازFSH و LH میگـردد و از نظـر کلنیکـی ممکن است گلکتوره نزد مریضه موجود باشدو یـا نباشـد. هرگـاه تومـور محجـم باشد در اثر فشار مجاورتی بالای عصب optic سبب تشـوش رویـت و سـردردی نیزشده میتواند. ایـن تومـور مسـئول امینـوره اولیگومینـوره، سـیکل تحیضـی غیـر تبیضـی و عقامـت میباشـد. hyperprolactinemia در هیپویتروئیـدیزم همـراه بـا تزاید سویه T.S.H ،دراستفاده کنندهای ادویه ترانکولایزر، ادویه ضد فشار خون و ادویه ضد انحطاط که سبب بلاک اخذه هـای دو پـامین میگردنـد نیزبملاحظـه رسیده میتواند.

●سندروم sheehan's: که به تعقیب خونریزی هـای شـدید بعـد از ولادت بوجـود میآیـد سـبب ترومبـوز اوعیـهء غـده نخامیـه گردیـده و نکـروز غـده را سازماندهی میکنـد. Panhypopituitarism دریـن حالـت خـانم بیحـال، خـواب آلوده و کم توان بوده و افراز شیر آن نیز قطع میشود و نهایتـا امینـوره ثـانوی نـزد وی تاسس میکند. هم چنین فعالیت وظیفوی غدوات دیگر افـراز داخلـی تنقـیص یافته و عدم کفایـه نشـان میدهـد (ماننـد غـده تیروئیـد و افـراز کننـده کورتیکـو ستروئید ها) دریک تعداد کمی از وقایع امینوره ثانوی با توقف دادن تابلـت ضـد حاملگی مختلط نیز میتواند بمیان آید.

●تشوشات دیگر غدوات افراز داخلی مانند مرضAddison's، تومورهای قشر غده ادرینال (سندروم کوشنگ) ،خرابی فعالیـت غـدوات تایروئیـد و مـرض شکر سبب امینوره شده میتوانند.

● Ovaries: در سندروم تورنر که ساختمان کروموزومی آن 45xo میباشد تخمدان ها کوچک و خطی بوده حاوی تعداد کم فولیکول و یا هیچ فولیکولی در ترکیب آن ها وجود ندارد. معمولا در POCD، امینوره ثانوی عرض اندام میکند لاکن امینوره ابتدائی بندرت رخ داده میتواند . هردو مبیض حجما بزرگ بوده و در سطح آن ها برجستگی های میخ مانند کوچک که در حقیقت فولیکول های هستند که قدرت کفیدن را ندارند دیده میشود، از این سبب است که تخمه آزاد نمیشود(u/s آنرا مشخص ساخته میتواند). سویهء استروجن و ۱۷ کیتو استروئید ها نارمل بوده لاکن سویهء LH حتی در صفحه فولیکولر هم افزایش نشان میدهد ونتیجتا تناسب $FSH/_{LH}$ تنقیص می یابد . خانم معمولا چاق بوده ، عقیم مانده و نزدش oligominorrhoea-or Aminorrhoea تاسس میکند. هرسوتیزم تظاهر نموده و هیپرتیکوزیز بملاحظه می رسد و سویه افراز تستوسترون بلند است.

● Resistent ovaries Syndrom: مینوپوز مقدم بملاحظه رسیده که یا منشا تشوشات فامیلی داشته و یا شاید بحث auto immune و نهایتا شاید هم منبع انتان داشته باشد (که چرک و یا توبرکلوز) . درینجا سویهء FSH بلند بوده ولی از استروجن پائین است (کمتر از20pg/ml) لذا خانم اعراض مینوپوز را تمثیل میکند.

● Auto immune disease: در بیوپسی مبیض ها یک ارتشاح لمفوسیتیک با سویهء بلند CD_8 وسویهءپائین CD_4 بملاحظه میرسد. درمبیض های مقاوم(Resistente ovaries) سویهء هورمونی نارمل بوده ولی

مبیض ها بآن عکس العمل نشان نمیدهند. اندومتریت توبرکلوز یک در هند بوفرت یافت شده و مسئول امینوره ثانوی میباشد.

●اشرمن سندروم(التصاق و بندش جوف رحم) از سبب انتانات TB، کورتاژ جوف رحم تا سطح طبقه Basal و packing عمیق جوف رحم بمقصد جلوگیری از PPH (خونریزی های بعد از ولادت) بوجود آمده میتواند.

●اتریزیای جوف رحم بصورت کسبی که به تعقیب ترضیضات جراحی ، سوختاندن جوف رحم توسط مواد کاوی وسوزندهء کیمیاوی و یا حرارتی، جروحات ولادی در جوف رحم ، ستینوز عنق رحم بعد از کوترایزیشن و یا به تعقیب ترمیم در عملیات مانچستر در پرولاپس رحم بوجود میآید سبب امینوره ثانوی میگردد.

●نقائص کروموزمی مثلا در سندروم تورنر و Testicular Feminizing syndromeوباالاخره سیستم تغذی نامطلوب مثلاچاقی زیاد و یا زیاد وزن باختن و نهایتا Anorexia nervosa سبب امینوره شده میتواند.

تشخیص

تشخیص عارضه استوار است بالای

A- استجواب

۱- سابقه مریضه و تحری آفات از قبیل TB ،کله چرک، التهاب سحایا و غیره.

۲- گرفتن انواع ادویه جات مختلف.

۳- درد های نوبتی بطن و یا احتباس ادرار.

۴- وزن زیاد گرفتن و یازیاد لاغر شدن.

۵- شروع، دوام و سیر آفت دریافت شده.

B- معاینهٔ کلینیکی

۱- مریضه اگر قد کوتاه داشته باشد یا مربوط به سندروم تـورنر بـوده و یـا تئاخر بلوغت مطرح میباشد که باعث امینوره ابتدائی میشود.

۲- وزن: مریضه بسیار چاق است و یا بسیار ضعیف و لاغر.

۳- علائم هرسوتیزم، ویریلزم و PCOD دیده شود.

۴- تورم غـــدهء درقیه و یا جاغــور بررسی گردد.

۵- ثدیه ها بارتباط غده و عمدتا گلکتوره دیده شود.

۶- رشد وانکشاف اورگانهای تناسلی تالی جنسی بررسی گردد.

۷- معاینه بطنی از نظر کتله و خصوصیات آن و هم چنین آفـت TB اجـراء شود.

۸- معاینه دقـیـق مهبلی انومالی هـای جهـاز تناسـلی را بدرسـتی نشـان داده میتواند ، خصوصا اگر هیماتوکلپوس مطرح بحث باشد.

C - معاینات متممه

۱- معاینات خون از نظر فشـار، مـرض شـکر و تسـت هـای وظیفـوی غـده تایروئید.

۲- u/s در تشـــخیص ارزش دســـت اول را دارد موجودیـــت و عـــدم موجودیـت رحـم، سینیشـیای رحـم، هیمـاتوکولپوس، PCOD، تخمـدان هـای کوچک و غیره.

۳- تعیین سویه هورمون ها

پائین بودن سطح FSH، LH و ستروجن خون مریضـه سـندروم kallman و یا هیپوپیتـوتریزم را وانمـود میسـازد . تزایـد FSH خـون عـدم کفایـه تخمـدان را وانمود میکند در سویه نارمل هورمـون هـای جنسـی بایـد انومـالی هـای اعضـای جنسی، اندومتریت TB و سندرم اشرمن را مد نظر داشت.

در هیپرپرولکتینیمی نزد مریضه تست های وظیفوی غده تایروئیـد و مقـدار سویه پرولاکتین باید انجام شـود . در تومـور غـده ادرینـال و هیپـرپلازی آن نـزد مریضه سویه ketosteroide هابلند می رود که باید مد نظر گرفته شود.

۴- مطالعه کروموزومی از نظر جنتیکی انجـام شـود کـه سـندروم تـورنر و testicular feminising syndrom در راس این پرابلم ها قرار دارند.

۵- لاپراسکوپی یک تعداد از پرابلم ها و حالاتیکه باعـث امینـوره میشـوند کشف شده و یک تعداد آن ها با این پروسه حتی قابل تداوی اند مثلا PCOD.

۶- u/s در تشخیص رول بس ارزنده و بلند دارد.

۷- با هسترسکوپی اشرمن سندروم تشخیص شده میتواند.

تـــــداوی

۱- کرپتومینوریا: با اجرای درنیاژ و vaginoplasty اصلاح میشود.

۲- Asherman's syndrom با اجرای هستروسکوپی و برطرف ساختن التصاقات تداوی میگردد.

۳- با اجرای بیوپسی اندومتر، TB اندومترمشخص وبا ادویه مربوطه آن تداوی میگردد و نهایتا امینوره رفع میشود.

۴- تداوی عدم کفایه تخمدان ها مشکل است و کمتر به تداوی جواب میدهد در یک تعداد حالات با ادویه هورمونی مانند FSH ، hCG و clomiphene بخوبی جواب گفته وخانم حتی حامله هم میشود.

۵- در صورتیکه PCOD مطرح بحث باشد از ادویه مختلط ضد حاملگی (combined pill) و یک تعداد حالات با clomiphene citrate تخمگذاری تنبیه گردیده و در حدود ٪۵۰-۳۰ حاملگی رخ میدهد. در صورت عدم موفقیت با تداوی هورمونی با عملیه drillimg توسط لاپراسکوپ تخلیه صورت گرفته میتواند.

تداوی با هورمون های GnRH، FSH وhCG میتواند باعث رفع امینوره گردیده و در ٪۶۰-۳۰ وقایع حاملگی راپور داده شده است.

۶- اگر امینوره از سبب عدم موجودیت رحم، رحم رودیمانتر و یارحم infantil باشد به تداوی جواب نمیگوید و رفع نمیشود.

۷- انسداد طرق تناسلی ویا عدم موجودیت مهبل میتواند با اجرای vaginoplasty رفع شود که صرف یک مجرا برای اجرای عمل جنسی بوده ولی امینوره دوام میکند(اگررحم نداشته باشد)

۸- در سندروم تورنربا تداوی هورمونی تعویضی (H.R.T) میتوان با استروجنی که برای مریضه تطبیق میشود از اوسیتوپوروزیز جلوگیری نموده وامینوره هم رفع شود.

۹- درسندروم Testicular Feminising باید محل خصیتان مشخص گردیده و با عمل جراحی برداشته شوند در غیر آن در حدود ۵۰٪ امکان تبدیل شدن به آفت خبیثه موجود است .

۱۰- در auto immune disease تجویز کورتیکوستروئیدها میتواند مفید و موثر واقع شود.

خلاصه امینوره یک عارضه ایست که اسباب مختلف دارد و باساس استجواب، مشاهده و معاینات متممه فزیکی ولابراتواری بایدعلت آن دریافت گردیده و در راه رفع آن اقدام بعمل آید.

Oligomenorrhoea

تعریف: طولانی شدن مدت بین دوسیکل عادت را بنام اولیگومینوره گویند. تکرر عادت ماهوار معمولا بین 7+28 روز صورت گرفته و نارمل قبول شده است .اولیگومینوره هم یکی از حالاتیست که ایجاب دقت بیشتر را برای دریافت علت مینماید این نوع خانم ها معمولا subfertile قبول شده اند.

Hypomenorrhoea

تعریف: عبارت از عادات ماهواریکه حجم ضیاع خون خیلی کم بوده و حتی بعضا بشکل لکه بینی و spotting میباشد . درهیپومینوره که به تعقیب سیکل نارمل با حجم نارمل خون نزد خانم ایجادمیشود(80 ± 50^{cc} ضیاع خون جریان۲±۵روز) سندروم اشرمن و اندومتریت TB را ازنظر دورنباید داشته باشیم

و علاوتـا نـزد یـک تعـداد از خـانم هـا در مرحلـهءpremenopausal ایـن نـوع خونریزی دیده شده میتواند.

(Epimenorrhoea) Polymenorrhoea

تعریف: عبارت از کوتاه شدن سیکل عادت ماهوار بوده معمـولا در خـانم های مسن و یا صفحه Pre menopausal دیده میشود، ولی در خانم های کـه بـه سن باروری خود هم قرار دارند عارضه بملاحظـه رسـیده میتوانـد. در بسـیاری از این وقایع صفحه فولیکولیر کوتاه گردیده و صفحه لوتیال ثابت و نارمـل میباشـد. حالاتیماننـد خرابـی فعالیـت HPO Axis,PID ، انـدومتر یـوزیز و فیبـروم هـای رحمی میتوانند مسـئول باشـند. غـدهء نخامیـه بـه تعقیـب ولادت حجمـا ووظیفتـا بایـــدنارمل گـــردد در حقیقـــت دریـــن عارضـــه دوام فعالیـــت غـــده نخامیـــه (over activity) مانند مرحله حاملگی نزد خانم ادامه میبابـد. معاینـات کلنیکـی دقیق و u/s عارضه را مشخص میسازد.

تداوی عارضه بدون دریافت علت حوصلی ایجاب تجویز تابلت های ضـد حاملگی را میکنـد کـه بایـد بـه دقـت انجـام شـود. (تجـویز هورمـون هـا بشـکل سیکلیک)

Metrorrhagoea

تعریف: عبارت از خونریزی از مهبل (از رحـم و دیگراورگانهـا) بصـورت غیر طبیعی بوده که میتواند به تعقیب عادت مـاهوار نارمـل (سـبب طـولانی شـدن عادت میگردد) ویا بصورت متقطع نزد خانم دیده شـود مقـدار ضـیاع خـون هـم مطرح بحث نیست.

اسباب

۱- سندروم Mettlesmertz: خونریزی بشکل لکه بینـی (spotting) بـوده معمولا در جریان آزاد شدن تخمـه از فولیکـول دو گـراف رونمـا شـده و بـا درد

قسمت سفلی بطن خصوصا طرف مربوطه همراه است و کدام تـداوی خاصـی را لازم ندارد صرف به مریضه اطمینان داده شود.

۲- هرنوع قرحات و تخریبات که در طـرق تناسـلی سـفلی موجـود باشـند باعث عارضه شده میتوانند.

۳- قرحات و تخریبات عنق رحم، پولیپ و کانسر های عنق.

۴- پولیپ های رحمـی، فیبـروم هـای تحـت المخـاطی،IUCD وحادثـات خبیثه.

جدول ۳: واژه های مرتبط به تحیض غیر نارمل (۱)

واژه ها	وقفه بین سیکل های تحیضی	دوام سیکل تحیضی	مقدار خونریزی در هر تحیض
Menorrhagia	منظم	طولانی	زیاد
Metrorrhagia	نامنظم	طولانی و یا نارمل	نارمل
Menometrorrhagia	نامنظم	طولانی	زیاد
Hypermenorrhea	منظم	نارمل	زیاد
Hypomenorrhea	منظم	نارمل و یا کم	کم
Oligomenorrhea	نامنظم و غیر متوالی	متغیر	اندک
Amenorrhea	موجود نمیباشد	عدم موجودیت تحیض الی ۹۰ روز	موجود نمیباشد

Investigation

۱- بیوپسی از تخریبات طرق تناسلی سفلی ومطالعه هستو پتولوژیک آن.

۲- pap smear، بیوپسی از عنق، کولپوسکوپی و گرفتن بیوپسی از نسج مائوفه بصورت مستقیم.

۳ - D+C بمقاصد تداوی و مطالعه هستوپتولوژی.

۴- u/s از اورگانهای حوصلی.

۵- هستروسکوپی و گرفتن بیوپسی مستقیما از نسج مائوفه.

تـداوی

بالای دریافت اسباب استوار است.

عواملی که سبب هایپرپرولکتیمیا شـده و در نتیجـه گلاکتوریـا را نـزد خـانم ایجاد میکنند. (۷)

۱- تومورهای غده نخامیه که پرولاکتین افراز میکنند.

۲- تجویز ادویه ایکه باعث پائین آمدن سویه دوپامین میگردد مانند امفیتامین، بنزودیازیپین، میتوکلوپرامايد، میتایل دوپا و غیره.

۳- عملیات هایکه بالای صدر و سینه اجراء شده و همچنین هرپسزوزستر که باعث بلند رفتن درجه حساسیت طرق انتقالی سیاله عصبی و در نتیجه سبب فرط افراز پرولاکتین میگردد.

۴- PCOD که سبب بلند رفتن افراز پرولاکنتین میگردد

۵- هیپوتایروئیدیزم ابتدائی که باعث تزائد TSH شده و آن به نوبه خود تولید پرولاکتین را تزائد میبخشد.

۶- ادویه ضد حاملگی که حاوی استروژن بلند است.

۷- ندرتاً منابع دیگری مانند تومورهای شش، کلیه ها و غیره میتوانند عارضه را بار آورند.

Dysmenorrhea

تعریف

عبارت از عادت ماهوار دردناک میباشد هنگامیکه عارضه نزد یک خانم و یا دختر جوان در یک سیکل عادت نارمل واقع میشود نشاندهنده آنست که سیکل مذکور یک سیکل تبیضی است وآنرا بنام primary dysmenorrhoea هم یاد میکنند واکثرا علت پتولوژیک حوصلی ندارد. هرگاه دسمینوره در سنین پیشرفته تر نزد خانم ایجاد شود بنام secondry dysmenorrhea یاد شده و اکثرا علت پتولوژیک در اورگان های تناسلی حوصلی دیده شده و قابل بررسی است که علت باید دریافت شود.

دسمینوره را عمدتا به دوشکل تقسیم بندی نموده اند

ابتدایی:عادت ماهوار دردناک درعدم موجودیت پتالوژی حوصلی .

مربوط به میتابولیزمarachdonic acid و تولید prostaglandineمیباشد.

ثانوی:از باعث حالات از قبیل endometritis، التهاب حوصلی و leioyomata بمیان آمده میتواند.

دسمینوره ازنظرکلینیکی عمدتا به سه نوع تظاهرنموده میتواند.

۱- Congestive dysmenorrhoea

۲- Spasmodic dysmenorrhoea

۳- Membranouse dysmenorrhoea

I- Congestive dysmenorrhoea (C .D) (دیسمینوره احتقانی)

خانم از درد قسمت سفلی بطن و کمر که به اطراف سفلی و ران ها انتشار دارد ، ۴-۳ روز قبل از شروع عادت ماهوار حکایه میکند که بعضی اوقات با اعراض هضمی مانند قبضیت و یا انتفاخ بطنی مترافق میباشد. در یک تعداد از خانم ها کدام آفت پتولوژیک در اورگانهای حوصلی دریافت نشده ولی در یک تعداد دیگری از وقایع آفات مانندPID،التصاقات اورگانهای حوصلی، فیبرومهای رحمی، ادینومیوز، اندومتریوز و امثال آن نزد مریضان تحری شده میتواند و در یک تعداد وقایع هم این نوع دیسمنوره (C.D) یا از اثر احتقان اورده احشای حوصلی بوجود آمده و یا اینکه عدم موازنه بین عملکرد سیستمهای سمپاتیک و پاراسمپاتیک این عارضه عرض اندام میکند. در بعضی وقایع شدت درد ممکن به حدی باشد که مانع کارهای عادی و روز مره خانم گردد.

II- Spasmodic dysmenorrhea

درین نوع دیسمنوریا دردهای کولیک مانند و تشنجی در قسمت سفلی بطن با شروع عادت ماهوار شروع میکند. درد ها شدید بوده،مدت ۲-۱ ساعت ادامه یافته و سپس به یک درد مبهم بطنی تحول نموده و ۱۲-۱۰ ساعت ادامه می یابد (تا وقتیکه عادت ماهوار بصورت درست و منظم شروع شود)

با معاینه در اورگانهای حوصلی اکثرا کدام پتولوژی خاصی دریافت نمیشود ولی بعضا هم دلائلی که در دیسمنوره احتقانی تذکر داده شدمیتوانند

بحیث عامل عارضه را ایجاد کنند. در ۵٪ خانم هائیکه ICUD استفاده میکنند عارضه بملاحظه رسیده میتواند. افراز زیاد prostaglandin F_2 نوع الفا نیز سبب تولید دیسمنوره تشنجی شده میتواند لذا خانم هائیکه سیکل تحیض تبیضی دارند نزدشان از اثر افراز بیشتر پروستاگلاندین ها درد های تشنجی عادت ماهوار تولید شده میتواند.

Membranose dysmenorrhea -III

این نوع دسمینوره بندرت رخ میدهد و درد از اثر عبور اغشیه اندومتر که ضحیم بوده و در هنگام عبور از فوهه‌ء عنق رحم بمشکل مواجه شده بوجود میآید .خصوصا اگر فوهه‌ء عنق رحم pin hole و یا کوچک باشد.

فکتورهای ریسک

- Menarch مقدم.
- عادت ماهوارطولانی.
- سگرت کشیدن .
- استفاده از الکول.
- چاقی.
- استفاده از کافئین ، کمخوابی ویا استرس باعث تشدید آن شده میتواند.

تشخیص

۱. اخذ تاریخچه وانجام معاینه فیزیکی به تشخیص کمک میکند.
۲. کلچر افرازات cervical به منظور رد اسباب انتانی انجام میشود.

۳. اولتراسونوگرافی حوصلی و یا Sono hysterography جهت ارزیابی fibroid انجام شود.

۴. انجام عملیه laparoscopy جهت رد نمودن endometriosis حتمی پنداشته میشود.

تـــــداوی

تداوی باساس دریافت علت صورت میگیرد که برای این وتیره باید از معاینات مکمل فزیکی ، u/s ، لاپراسکوپی و هستروسکوپی کار گرفته شود.

نقاط شاخص تداوی عبارتند از

۱- تداوی سببی.

۲- تجویز انالجیز یک ها مانند paracetamol بمقدار $500^{mg}/_{TID}$ و یا piroxicam $20^{mg}/_{BD}$

۳- انتی سپزمودیک ها مانند بوسکوپان و پروبانتین

۴- ادویه ضد پروستاگلندین ها مانند Mefenamic acid 250- 500 $^{mg}/_{TID}$ که در حدود ٪۹۰-۸۰ موثریت خوب دارد.

Indomethacin (25mg/TID) در تداوی موثریت خوب دارد.

۵- تجویز Naproxin 25mg/TID در رفع درد کمک میکند.

۶- Nitroglycerin سبب برطرف ساختن اسپزم عضلات ملساء رحم گردیده و درد را تسکین میدهد.

۷- هورمون تراپی: از آنجائیکه سیکل های تحیضی غیر تبیضی بدون درد اند ، لذا خانم هائیکه متقاضی اولاد نباشند از ادویه ضد حاملگی فمی نوع combined آن نیز میتوان تحیض بدون درد را بوجود آورد. پروجستوجن ها به تنهائی هم میتوانند نزد کسانی که عدم تحمل به استروجن ها رادارند استفاده گردد.

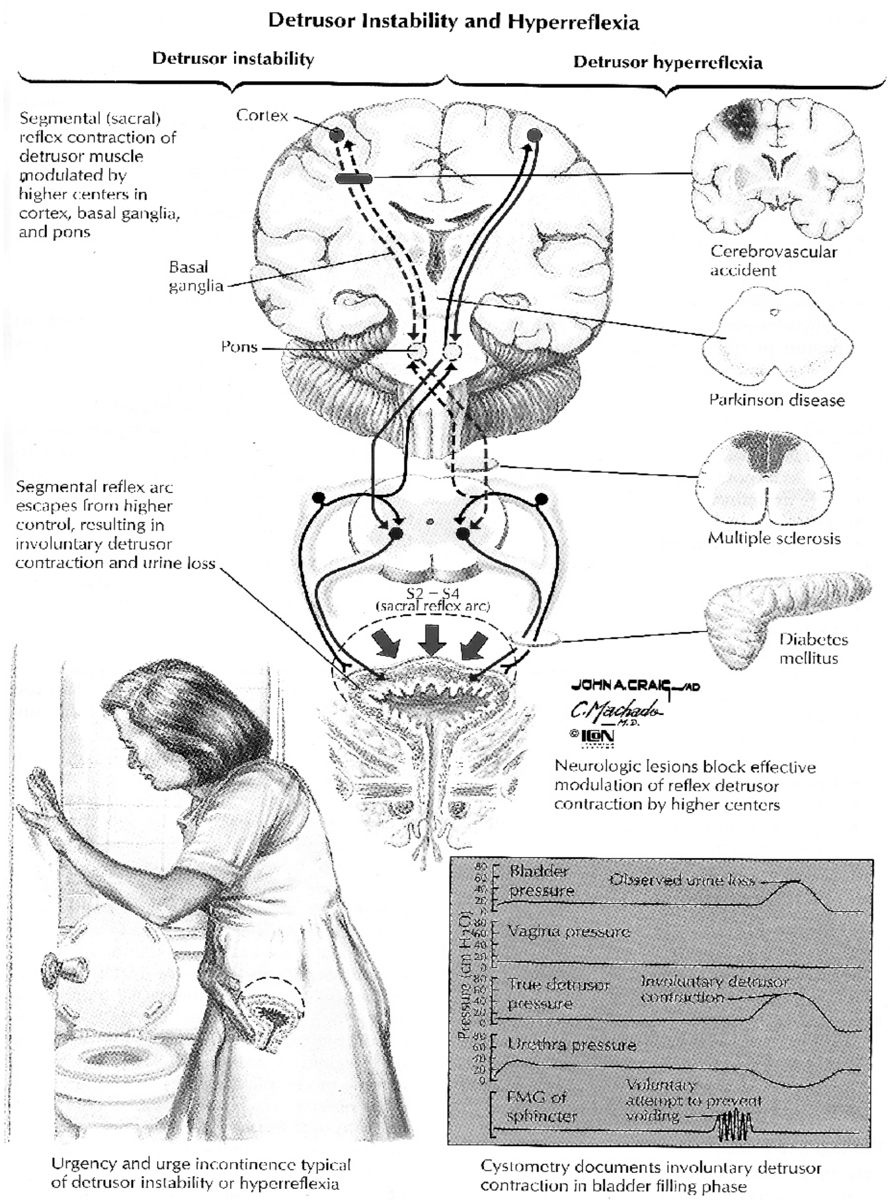
Merina IUCD در امر شفایابی دیسمنوره بسیار موثر است لاکن یک پروسه خیلی قیمتی است.

۸- D+C در صورتیکه عنق رحم pin hole بوده و یا ستینوز داشته باشد اجراء شود.

۹- تخریبات عضوی اقسام حوصلی ضرورت به عملیات جراحی دارند . اکثر این خانم ها جوان بوده و با عملیات هستروسکوپی و لاپراسکوپی میتوان عارضه را برطرف نمود.

۱۰- نیورکتومی presacral و یا (lasar assisted uterosacral ablation) LUSA. میتواند موثر ثابت شود.

۱۱- در خانم های مسن که اولاد نخواهند ترجیحا هسترکتومی اجرا گردد.


Detrusor Instability and Hyperreflexia
Detrusor instability
Detrusor hyperreflexia
Segmental (sacral) reflex contraction of detrusor muscle modulated by higher centers in cortex, basal ganglia, and pons
Cortex
Basal ganglia
Pons
Cerebrovascular accident
Parkinson disease
Multiple sclerosis
Segmental reflex arc escapes from higher control, resulting in involuntary detrusor contraction and urine loss
S2 – S4 (sacral reflex arc)
Diabetes mellitus
JOHN A.CRAIG
C.Machado M.D.
Neurologic lesions block effective modulation of reflex detrusor contraction by higher centers
Bladder pressure
Observed urine loss
Vagina pressure
True detrusor pressure
Involuntary detrusor contraction
Urethra pressure
EMG of sphincter
Voluntary attempt to prevent voiding
Pressure (cm H2O)
Urgency and urge incontinence typical of detrusor instability or hyperreflexia
Cystometry documents involuntary detrusor contraction in bladder filling phase

شکل (۱۳) (۴)

(PMT) Premenstrual Tention (۱)

ناراحتی های قبل از تحیض

یک تشوش دورانی عادت ماهوار است که نزد خانم ها بدون اینکه منشا پتولوژیک عضوی و حتی روحی و روانی داشته باشنددیده شده که ۱-۲ روز قبل از عادت ماهوار شروع میشودو اعراض بعد از شروع عادت ماهوار قطع می شوند.

اسباب

با تحقیقات زیادی هم که انجام شده علت سببی خاصی دریافت شده نتوانسته است. طوریکه میدانید ستروجن ها باعث احتباس آب و سودیم در عضویت گردیده لذا نزدخانم ها احساس یک تورم و پندیدگی خصوصا در قسمت سفلی بطن بوجود میآید. سویه پائین سیروتونین و اندورفین ها(endorphines) سبب تولید اعراض روحی و روانی میشود و پروستاگلاندین ها باعث دیسمنوره میگردند . تمام حالاتیکه تذکر داده شد در عارضه PMT به سویه نارمل دریافت میشوند. بناءً حالا چنین فکر می شود که عکس العمل بیش از حد و مفرط انساج target به سویه نارمل فعالیت هورمونهای جنسی سبب تشدید اعراض میگردد و اعراض را متبارز ترو بر جسته تر میسازد.

اعراض کلنیکی

۱- خانم احساس پندیدگی و تورم در قسمت سفلی بطن خود میکند.

۲- احساس پری و حتی حساسیت در ثـــدیـه ها .

۳- تـــــــکــــرر ادرار دارد.

۴- فرط تخر شیت، انحطاط روحـی و میگـرن نـزدش دیـده شـده و حتـی متجاوز و پرخاشگر گردیده و بعضا تمایل به خودکشی دارد.

۵- قدرت تمرکز فکری خود را در مسائل از دست می دهد.

۶- تزاید احتباس مایعات بمقدار 1-2kg در وزنش بملاحظه می رسد.

۷- اعراض سیستم جهاز هضمی مانند قبضـیت و دردهـای مـزمن حوصـلی مشابه به اندومتریوز نزدش تاسس می نمایند.

اعراض خفیف قابل تحمل بوده ولی اعراض شدید حتی ایجاب بستر شدن را میکند.

تشخیص تفریقی

دردهای مزمن حوصلی و کانجستیف دیسمنوره اعـراض مانندPMT را دارا میباشند لذا نزد مریضهu/s انجام شود تشـخیص معیـن میگـردد . بـا لاپراسـکوپی اندومتریوز خفیف و احتقان روده ها و اورگان های حوصلی میتواند رد و یا تایید شود.

تـــداوی

از آنجائیکه PMT سبب خاصی ندارد بنـاء تـداوی آن بصـورت تجربـی و عرضی لازم است اجرا شود.

۱-Diuretics: مانند spirinolacton بمقدار 25mg/TID سـبب تنقـیص احسـاس آب بـدن گردیـده و عارضـه آن رفـع میشـود. یـک دوای جدیـد بنـام

drospirinolacton (کـه حـاوی 30mg ethinyloestradiol + 30mg drospirinolacton) نتیجه خوب در تداوی داده است.

۲- تـداوی بـا هورمـون هـا: از وصـله هـای سـتروجنی هفتـهء دومراتبـه implante، وتجویز پروجستوجن ها به مقاصد مختلف استفاده شـده میتوانـد . micronized progesteron بمقـدار 200-400mg/D بشـكل فمـی و یـا مهبلـی درpremenstrual phase میتواند مفید ثابت شود.از COC که سبب ایجادسـیکل غیر تبیضی که بدون درد است نیز میتوان استفاده نمود.

۳- بـــرای رفـــع نـــاراحتی هـــای ثـــدیتان از برومـــو کرپیتین بمقـــدار ۲.۵ – ۱.۲۵ملیگرام و یا Danazal200mg/D میتوان استفاده نمود.GnRH میتواند موثر و اقع شود ولی بنا به دو دلیل یکی قیمتی بودن آن و دیگری تداوی دوامدار که منجر به اوستیوپوروزیز میگردد بهتر است استفاده نشود.

۴- دیسمنوره خانم با نهی کننده های پروستاگلندین ها رفع می شود مانند میفینیک اسید و غیره.

۵- تجویزAnxiolytic ها مانند Alprazulam و ادویه ضد انحطاطی سبب رفع اعراض روحی روانی خانم میگردد.

۶- تجویز fluoxetin (نهی کننده انتخـابی سـیروتونین) بمقـدار 20-60mg/D سبب اصلاح روش عادت خانم گردیده و روحیه وی را برای رفع عارضه تقویت مـی بخشـد، هـم چنـان از ادویـه sertraline 5-15mg/D و citalopram 20-40mg/D میتوان استفاده موثر برد.

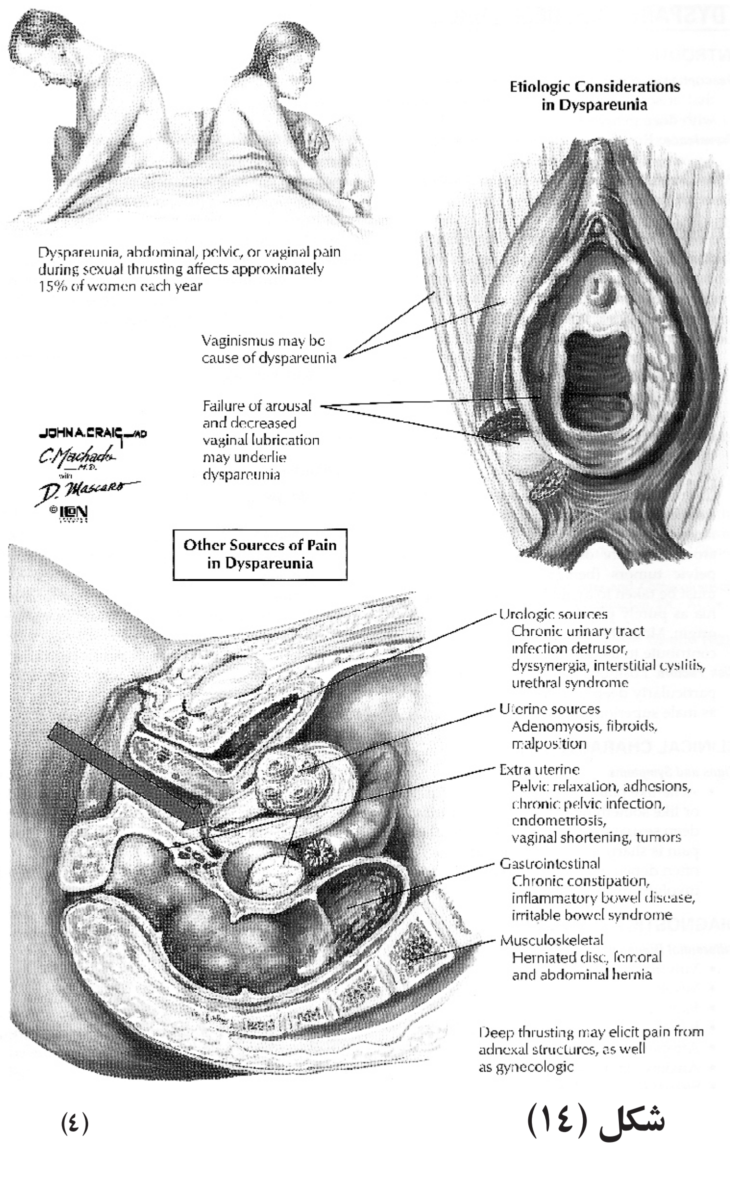
۷- روغـن Primrose بمقصـد تنقـیص مـایع احتبـاس شـدهء عضـویت میتواندموثرثـابت شود.

۸- با تجویز vit B_6 بمقدار 200-800mg/D سویهء سـیروتونین و دوپـامین ها بلند می رود.

۹- تجویزvit Eمیتواند مفید ثابت گردد.

۱۰- تمرینات فزیکی خصوصاyoga کمک شایانی میکنند

۱۱- نهایتـــا در خـــانم هـــای مســـن عملیـــه هســـترکتومی همـــراه بـــا Bilateral oophorectomy میتواند مفید واقع گردد.



شکل (۱٤) (٤)

Menorrhagoea

تعریف: عبارت از قاعده گی منظم بوده فقط مقدار ضیاع خون (نارمل ۸۰±۵۰ ملی لیتر) و یا مدت دوام خونریزی (نارمل 5 مثبت منفی 2روز) و با هر دو شکل آن تزاید می یابد . فعالیت H.P.O Axis معمولا نارمل بوده و علت باید یا عمومی یا در رحم و سیستم اروائی حوصله جستجو گردد. هنگامیکه خانم بیشتر از 100-130ml خون ضایع کرد زیر نام متروراجی باید مورد بحث قرار داده شود. مقدار ضیاع خون در یک عادت ماهوار نهایتا (80 ± 50^{cc}) میباشد.

اسباب

A - اسباب عمومی

۱- امراض خون مانند لوکیمیا و غیره

۲- تشوشات تحثری خون: ترومبوسایتوپنیا، پورپورا وانیمی شدید.

۳-تشوشات غدوات تایروئید: هیپروهیپوتیروئیدیزم وغیره.

۴- مراحل مقدم TB اورگانهای حوصلی.

B- پتولوژی اورگانهای حوصلی

۱- PID

۲- التصاقات حوصلی.

۳- فیبروئیدهای رحمی.

۴- ادینو میوزیز.

۵- تومورهای مبیضی feminising وتومورهایTheca و گرانولوزا.

۶- اندومتریـوزیز.

C- اسباب ازاثر کاربرد میتودهای ضد حاملگی

۱. استعمال IUCD (در حـدود ٪۵ مسئول خـونریزی متروراجـی است).

۲. متروراجی بعد از اجـرای عمـلsterilization (15%) کـه دلائـل علمی مشخصی درزمینه وجود ندارد.

۳. استفاده از مرکبات که حاوی پروجسترون تنها اند.

D- عوامل هورمونی

۱- در سیکل تحیضی تبیضـی (٪۲۰) از اثـر پاشـیدن غیـر مـنظم انـدومتر عارض میگردد.

۲- در سیکل تحیضی غیـر تبیضـی (٪۸۰) از اثـر Strogen withdrawal نزد مریضه خونریزی به شکل متروراجی بوجود میآید.

۱- متروپاتی هموراژیکا سبب عارضه شده میتواند.

Investigation

۱- تاریخچه: شروع، مدت دوام امینوره، اسباب مساعد کننده دیگـر ماننـد استفاده از ادویه ضد حاملگی، موجودیت و عدم موجودیت دیسمنوره و اعـراض ضمیموی دیگری اگر موجود باشد بررسی گردیده و در نظر گرفته شوند.

۲- سابقه امراض خون، آفات غدهء تیروئید و توبرکلوز.

۳- معاینه عمومی مریضه انجام شود.

۴- معاینه مکمل حوصلی اجرا شود.

۵- معاینه مکمل خون اجـرا گردد.

۶- رادیو گرافی شش ها برای رد TB صورت گیرد.

۷- D+C جهت رد TB اندومتر و تاثیرات هورمونی بعمل آید.

۸- u/s برای دریافت آفات پتولوژیک حوصله انجام شود.

۹- هستروسکوپی تشخیصی اجرا شود.

۱۰- در صورتیکه با اجراآت لازمه فوق نتیجه بدست نیامد لاپراسکوپی برای دریافت آفات پتولوژیک حوصلی صورت گیرد.

تـــداوی

باساس دریافت آفت تداوی عیار گردد.

۱- در تشوشات خون، فعالیت غدهء تایروئید و توبرکلوز اعضای حوصلی ، با متخصصین بخش های مربوطه و در تفاهم با آنها تداوی انجام شود.

۲- در وقایع انیمی تداوی باآهن و تغذی مناسب تهیه گردد.

۳- در وقایع حوصلی تداوی باساس سن، تعداد ولادت، تقاضای مریضه و وسعت آفت عیار ساخته شود.

۴- در حالاتیکه IUCD و یا بعد از عملیاتی که جهت استیریلیتی انجام شده خونریزی موجود باشد با (NSAIDs) مانند میفینیمیک اسید 250-500mg/TID و غیره ادویه این گروپ تداوی انجام شود.

۱- اگر عارضه هورمونل باشد از ستروجن ها، پروجسترون ها، دانازول و GnRH به طرز مناسب تداوی آغاز یابد.

Dysfunctional uterin bleeding (DUB)
خونریزی هایکه از اثر تشوشات وظیفوی رحم ایجاد میشود

در تعداد کثیری از خانم هائیکه از مینوراجی شکایت دارند نمیتوانیم دلیل خاصی مبنی بر پتولوژی اعضای حوصلی و یا اسباب عمومی دریافت کنیم که بحیث دلیل عارضه مسئول شناخته شوند. با اجرای بیوپسی که از جوف رحم گرفته می شود مراحل مختلفه رشد و نموی اندومتر در صفحه فولیکولیر بملاحظه می رسد که نشان دهنده یک سیکل تحیضی غیر تبیضی است که همین حالت را بنام DUB یاد میکنند ، بناء DUB یک حالتی است که از اثر فرط افراز استروجن ها (چه داخلی و چه خارجی) و یا عدم مواجه شدن اندومتر به استروجن ها بمیان میاید.

سیکل نارمل اساساً قرار ذیل قبول شده است (۵)

فاصله بین دو عادت ماهوار 28±7 روز.

دوام مدت خونریزی۲ ±۵ روز.

مقدار ضیاع خون درهر عادت ماهوار ۵۰±۸۰ سی سی.

نوت: در منابع مختلف این اعداد اختلاف دارند ولی نهایتاً از اعداد فوق بیشتر نیست.

پتوجینز

رحم تحت تاثیر متناوب ستروجن و پروجسترون سبب تولید انواع مختلف prostaglandin ها از ارکیدونیک اسید که پیشقدم آنهاست میشود ، که از آنجمله PGE_2 و PGF_2 بحیث توسع دهنده های اوعیه و Antiplatelate عمل نموده و PGF_2 الفا و ترومبوکسان A_2 که توسط پروجسترون تولید میشود بحیث تقبض دهنده های اوعیه عمل کرده و سبب تجمع Platelate ها میگردند که زمینه ساز جلوگیری از ضیاع خون میباشد. لذا عدم موجودیت پروجسترون در یک سیکل تحیضی غیر تبیضی باعث دوام خونریزی به شکل مینوراجی میگردد. در یک تعداد این وقایع انزایم فیبرینولیتیک و Tissue plasminogen Activator (T.P.A) نیز تزاید یافته که با النو به سبب تداوم خونریزی بیشتر میگردد.

DUB از سبب سیکل های غیر تبیضی در هر سن و سال ایجاد شده میتواند و قرار ذیل تصنیف شده است

۱- مینوراجی در دوران بلوغت (three shold bleeding) .

۲- متروپاتیا هموراژیکا در دوران باروری.

۳- مینوراجی در صفحه قبل از مینوپوز.

Puberty menorrhagoea -I

عارضه در شروع مینارش بملاحظه رسیده میتواند لاکن در چند ماه اول نارمل میباشد مینوراجی نزدشان به شکل خونریزی بسیار زیاد و یا اینکه خونریزی در حد نارمل ولی طولانی تر از روزهای نارمل ادامه میابد واگر بزودی اقدام به

تداوی آن نشود خانم معروض به انیمیا میگـردد و بـا u/s هـیچ نـوع پتولـوژی در اورگانهای حوصلی دریافت نمی شود.

دختران جوان با تداوی با اسـتروجن از طریـق فمـی روزانـه ۳ مرتبـه اکثـرا بخوبی جواب میدهند و یا اینکه بمقدار ۲۵ ملی گرام پریمـارپن IV روز یکدفعـه تجویز شود تاثیر بسـزایی دارد. امـا طـور احتیـاط نبایـد از مقـدار زیـاد و طـولانی استروجن استفاده نمود زیرا عوارض جانبی زیادی را در بر خواهد داشت.

بناء قرار ذیل تداوی تنظیم گردد

۱- توصیه COC سه تابلت در روز تا وقتیکه خـونریزی توقـف کنـد بـرای جلوگیری از خونریزی withdrawl مقـدار آن ۲ مرتبـه در روز بـرای ۴-۳ روز و بعدا به یک تابلت در روز برای ۲۰ روز پائین آورده شده و ادامه یابد.

در وقایعی کـه DUB تکـرار شـود بایـد تـداوی بـرای ۶-۳ سـیکل متـواتر تعقیب گردد.

۲- بـر عـلاوه اسـتفاده از pill هـای مخـتلط یـک مقـدار پروجسـترون 5-10mg از عین طریقیکه pill استفاده میگردد نیز استفاده شود.

۳- در صورتیکه با این تداوی جواب ندهد کورتاژ اندومتر بمقصد رد TB اندومتر انجام شود که در ۴٪ وقایع مینوراجی ها در مراحل بلوغ مسئول شـناخته شده اند.

4- در این اواخر با Mirena IUCD در داخل رحم از وقایعی که نتیجـه بـا تداوی های فوق حاصل نگردیده است در حدود ۹۰٪ نتیجه خـوب گرفتـه شـده است و برای ۶ ماه باقی می ماند.

۵- برای جلوگیری از انیمیا مرکبات آهن تجویز گردد.

۶- در صورت انیمی شدید نقل الدم اجرا گردد.

Premenopausal Minorrhagoea -II

با اجرای u/s، انـدومتریال کوریتـاژ، هستروسـکوپی و گـرفتن بیوپسـی از اندومتر جهت هستوپتولوژی باید حادثات پتولوژیک اورگانهـای حوصـلی را رد نمود و عمدتا قبل از تداوی محـافظوی بایـد آفـات خبیثـه نـزد خـانم رد گردنـد. تداوی عینا مانند تداوی در متروپاتیا هموراژیکا میباشـد باسـتثنای اینکـه در عـدم جواب به تداوی محافظوی بزودی تصمیم به هسترکتومی گرفته شود.

خونریزی های دوره‌ء قطع طمث یـا P.M.B اسباب متعدد وصفی و عمومی دارند که عمدتا عبارتنداز:

۱. دهلیز: ترضیضات، التهابات وتخریبات سلیمه و خبیثه

۲. مهبل: وجنیت ها، اجسام خارجی مانند تطبیق پساری در حالات سقوط رحم وغیره، وجنیت ازسبب پیشـرفت سـن(Senil vaginitis) تومورهـای سـلیمه وخبیثه‌ء مهبل و وجنیت بعد ازشعاع دادن.

۳. عنق رحم: تخریشات عنق، پولیپ های عنق رحم از اثر پرولاپس عنـق و آفات خبیثه عنق رحم.

۴. رحم: اندومتریت توکلوزیک، هیپـرپلازی انـدومتر، پولیـپ انـدومتر، کارسینوما وسارکومای اندومتر وتومورهای mix mesodermal.

۵. خونریزی غیرطبیعی رحم(DUB) یا متروپاتیاهیموراژیکا .

۶. امراض خبیثه نفیرهای رحمی .

۷. تخمـــدان هـــا: تومورهـــای ســـلیمه ماننـــد گرانولـــوزا ل تومـــور، Theca cell tumor، Brener tumor و همچنین تومورهای خبیثه تخمدانها .

۸. طرق بولی و کرانکـول احلیـل ، پاپیلومـا و کارسـینومای مثانـه ممکـن است به اشتباه خونریزی مهبلی تعبیر گردند.

۹. امعاء وجهازهضمی: خونریزی از هموروئید ،کانسر رکتـوم، فیسـورها و فیستولهای مقعدی هم می تواند سب خونریزی شده و اشتباها بـه خـونریزی هـای مهبلی نسبت داده شود.

۱۰. تداوی با استروجن بصورت دوامدار ویا غیرمعقولانـه سـبب خـونریزی های منظم و حتی دوامدار مهبلی شده می تواند.

۱۱. فرط فشار خون و امراض مختلفه خون می تواند سبب عارضه شود.

Metropathia heamorrhagica- III

متروپاتیـا هموراژیکـا معمـولا در سـنین ۴۰-۳۵ سـالگی بیشـتر تصـادف گردیده و ندرتا در خانم های جوانتر بملاحظه می رسد ظهـور عارضـه بـه تعـداد پاریتی مریضه ارتباط ندارد.

پتـولـوژی

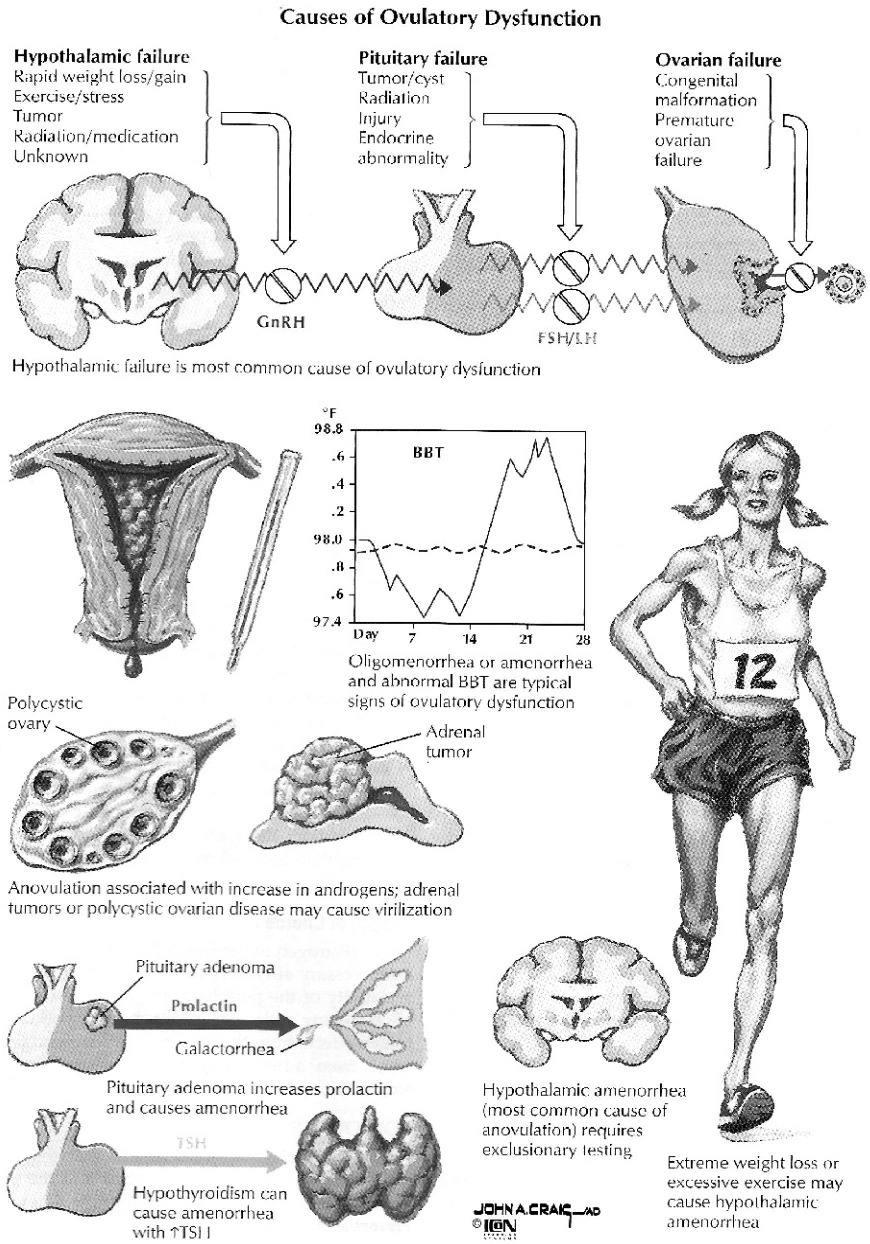
رحم طور یکنواخت محجم بـوده و بانـدازه حمـل ۱۰-۱۲ هفتـه جسـامت دارد ضخامت جـدار آن تـا حـدود 2.5 cm رسـیده میتوانـد و انـدومتر بیشـتر از 10mm ضخامت داشته و به شکل polypoid میباشد که یک تعداد از پولیپها در جوف رحم به حالت آویزان مشاهده میشوند . یک و یا هـر دو تخمـدان حـاوی کیست فولیکو لیراند . غدوات اندومتر دارای قنات های متوسع بوده و یک تعداد

از غدوات باندازه یی متوسع اند که منظره پنیر سویسی را تمثیل میکنند. معدوم شدن افرازات اندومتر نمایانگر حادثه mitropathia heamorrhagica بصورت مشخص میباشد. ساحات نکروتیک در طبقه سطحی اندومتر بملاحظه رسیده میتواند.

لوحه کلنیکی

بیشترین شکایت مریضه را خونریزی متداوم و طولانی شدن عادت ماهوار تشکیل میدهد. اگر چه خونریزی آنقدرها شدید و زیاد نیست ولی اگر عارضه دوام کند سبب کم خونی نزد مریضه میگردد . خانم شاید از مینوراجی قبل از دوامدار شدن عادت ماهوار حکایه نماید. در بسیاری وقایع عادت ماهوار بوقت معین خود شروع نموده ولی بدون توقف ادامه یافته است و دیسمنوره واضحاً موجود نیست.

باستثنای رحم محجم با معاینه حوصلی تمام اورگانها نارمل اند اگر قبل از شروع آفت نزد مریضه امینوره موجود بوده باشد مسئله سقط و یا حمل خارج رحمی باید مد نظر بوده و رد گردند. متروپاتی هموراژیک همیشه بدون درد است و اگر با درد همراه باشد مسئله Ectopic pregnancy باید مد نظر باشد.


Causes of Ovulatory Dysfunction
Hypothalamic failure
Rapid weight loss/gain
Exercise/stress
Tumor
Radiation/medication
Unknown
Pituitary failure
Tumor/cyst
Radiation
Injury
Endocrine abnormality
Ovarian failure
Congenital malformation
Premature ovarian failure
GnRH
FSH/LH
Hypothalamic failure is most common cause of ovulatory dysfunction
°F
BBT
Day
Oligomenorrhea or amenorrhea and abnormal BBT are typical signs of ovulatory dysfunction
Polycystic ovary
Adrenal tumor
Anovulation associated with increase in androgens; adrenal tumors or polycystic ovarian disease may cause virilization
Pituitary adenoma
Prolactin
Galactorrhea
Pituitary adenoma increases prolactin and causes amenorrhea
TSH
Hypothyroidism can cause amenorrhea with ↑TSH
Hypothalamic amenorrhea (most common cause of anovulation) requires exclusionary testing
Extreme weight loss or excessive exercise may cause hypothalamic amenorrhea
12
JOHN A.CRAIG_MD

شکل (١٥) (٤)

بررسی

۱- فیصدی Hb، صفحات دمویه، کریوات سفید و گروپ خون مشخص و معاینه گردند.

۲- شکر خون و فشار خون مشخص گردد.

۳-u/s اورگانهای حوصلی توصیه شود.

۴- D+C اجرا شود.

۵- هستروسکوپی و بیوپسی انجام شود.

تـــداوی

بیشترین خانم های مصاب متروپاتی هیموراژیک در دوران باروری قرار دارند لذا لازم است تا در وحلهء اول تداوی های کانزر واتیف مد نظر گرفته شوند.

تداوی کانزرواتیف عبارتند از:

۱- تداوی طبی.

۲ تداوی تهاجمی که بسیار جزئی اند.

۳- جراحی جذری و اساسی.

۱- Medical Treatment

۱- تـداوی انـیـمـیـا.

۲- تـداوی هـــورمونی.

۳- تداوی با کانتراسپتیف ها.

۴- تجویز پروجستوجن ها.

۵- دانـــــازول.

۶- Mirena IUCD.

۷- GnRH.

۸- دیگر ادویه هورمونی.

●(COC) Combined Oral Contraceptive: ادویه ضد حاملگی مختلط (ستروجن و پروجسترون دار) نه تنها درکنترول خـونریزی کمـک کننـدۀ خـوب بوده بلکه در نظم عادت مـاهوار بعـدی هـم موثریـت بلنـدی دارد و مانندیکـه در مینـوراجی توضـیح گردیـده اسـت تجـویز گـردد. بایـد متـذکر شـد کـه تجـویز سـتروجن در سـنین بلنـدتر از ۳۵ سـالگی هـم خطـر خـود را دارد ،از ایـن سـبب ترجیحا از مرکبات پروجسـترون بـهتـر است استفاده شود.

●پروجـسـتـرون بـمـقـدار 10-30mg روزانه در چنـد دوز مختلـف بـرای کنترول خونریزی در ظرف ۲۴ تا ۷۲ ساعت مـوثر ثابـت شـده میتوانـد ، امـا دوز تعقیبیه آن 5-10mg برای سه هفته و بعدا یک هفته توقف بمدت ۶ ماه خونریزی را قطعا کنترول کرده میتواند.

اعراض جانبی تداوی دوامدار با پروجسترون عبارتند از دلبـدی، اسـتفراغ، وزن گرفتن و انحطاط روحی. تزاید LDL که از این نـوع تـداوی متصـور اسـت زمینه خطرات کـاردیو وزکـولیر را بلنـد مـی بـرد لـذا توصـیه میگـردد کـه از دو مستحضـر مدروکسـی پروجسـترون اسـتات و دو فاسـتون کـه سـبب تزایـد LDL نمیگردند استفاده بعمل آید.

مرکبـات پروجسـترون در فـاز افـرازی ۱۰–۱۲ روز قبـل از عـادت مـاهوار بشکل دورانی نیز میتواند مورد استفاده قرار گیرد ولی موثریـت اسـتفاده دوامـدار در طول سیکل را ندارد.

• Danazal: دانازول با وجودیکه خونریزی را کنترول کرده میتوانـد ولـی نظر به عوارض جانبی که اندروجنیک ها از خود بجـا میگذارنـد و از طرفـی هـم قیمت آن بلند است لذا کمتـر از آن اسـتفاده میشـود . دوز آن 200-400mg فـی روز میباشد.

• Gestrinone بمقدار ۲.۵ – ۵ ملـی گـرام هفتـه دو مرتبـه در ٪۸۵ مـوارد سبب امینوره میگردد عوارض جانبی آن نسبت به دانازول خیلی کمتر اسـت ولـی دوا متاسفانه قیمتی است.

• Mirena IUCD: اساسـا بـرای کنتـرول خـونریزی موثریـت خـوب دارد علاوه بر اینکه ٪۹۷ خونریزی را کنترول کرده میتواند به مـدت ۵ سـال بـه حیـث یک وسیلهء ضد حاملگی میتواند در جوف رحم باقی بماند.

• GnRH: از شکل depote آن بمقدار 3.6mg زرق عضلی در هر ماه یک مرتبه تـا ظرف ۴–۶ ماه میتواند موثریت خوب داشـته باشـد از آنجائیکـه از یـک طرف این دوا قیمت بـوده و از جانـب دیگرتـداوی دوامـدار بـا آن نسـبت اینکـه تاثیرات انتی ستروجنیک دارد زمینه ساز اوستیوپوروزیز نزد خانم ها میگردد. لـذا بحیث آخرین میتود تداوی در متروراجی بکار برده میشود.

دیگرادویه غیرهورمونی که میتوانندموثرباشندعبارتنداز:

۱- (Ethamyslate).

۲- (NSAIDs).

۳- (انتی فیبرینولتیک ها).

۴- (clomiphene).

۱. **Ethamyslate** : قدرت شکنندگی اوعیه کپیلر را تنقیص میدهد و بمقدار 500mg روزانه ۴ مرتبه شروع شده (پنج روز قبل از عادت ماهوار متوقع) و تا هنگامیکه خونریزی به ٪۵۰ تقلیل یابد. ادامه داده میشود. هم چنین Trinexamic acid که یک ماده انتی فیبرینولتیک است بمقدار 1-2g در روز در جریان روزهای خونریزی تجویز میشود در حدود ٪۵۰ خانم ها به آن جواب میگویند مرکبات مشترک این دو ادویه هم در بازار تجارت موجود است. Trinexamic acid سبب دلبدی، استفراغ، اسهال، سردردی، تشوشات رویت و ندرتا ترومبوز داخل قحفی شده میتواند.NSAIDs به مقدار 250-500mg/TID در حدود ٪۷۰ خونریزی را کنترول کرده میتواند و عوارض جانبی آن عبارتند از: دلبدی، استفراغ و اسهال و ندرتا هم انیمی نزد مریضان میباشد.

۲. **Clomiphene** هم میتواند سبب توقف خونریزی شود خصوصا اگر خانم اولاد هم خواسته باشد توصیه میگردد.

۲- (MIS) Minimal Invasive surgery

۱- D+C: به سه مقصد تشخیص، مطالعه تاثیرات هورمونی بالای اندومتر و رد خباثت عارضه لازم است انجام شود . در حدود 30-40% موثریت دارد و سبب شفای خونریزی میگردد.

۲- MIS: آخرین تکنولوژی جدید بدسترس قرار گرفته است که با استفاده از آن از هسترکتومی نزد خانم های جوان میتوان جلوگیری نموده و خونریزی را توقف داد.

MIS شامل پروسیجرهای ذیل است.

Transcervical Hysteroscopic Resection of Endometrium(TCRE)

Radiof frequency Induced Thermal Endometrium Ablation(RITEA)

- Ballon therapy(BT)
- Microwave Endometrial Ablation (MEA)
- Uterin tamponad)

• TCRE

هستروسکوپیک اندومتریال ابلیشن که با استفاده از شعاع لایزر اجرا میگردد که توسط Rullar ball الکترونیکی کواگولشن در کنترول خونریزی میتواند موثر واقع شود با اجرای کورتاژ اندومتر آفات پره مالیگنانسی میتواند تحری گردد.

در عملیه TCRE در حدود ۲۵٪ واقعات خونریزی های رحمی بعد از سه سال دوباره تکرار میشود که یا باید دوباره TCRE اجرا شود و یا اینکه هسترکتومی انجام شود. علاوتا دیسمنوره بعد از عملیه TCRE نزد مریضه ممکن است بوجود آید.

مضاد استطباب TCRE

۱- رحم های بزرگ همراه با فیبروم و یا رحم های که سکار دارد.

۲- هرگاه آفات پری کانسر و یا کانسر اندومتر مشخص شود.

۲- نزد خانم جوانیکه میخواهد حامله شود و یا به قطع عـادت مـاهوار خـود موافق نیست.

• **Radifrequency Induced Thermal Endometrium Ablation (RITEA)**

در این عملیه probe الکترونیکی داخـل رحـم گردیـده و بـر زاویـهء ۳۶۰ درجه در ظرف ۲۰ دقیقه در جوف رحم دور داده میشـود در حـدود ٪۸۵ وقـایع در کنترول خونریزی موثر است و ٪۳۰ خانم ها یکسال بعـد از اجـرای عملیـه بـه صفحه امینوره وارد میشوند، سوراخ شدن رحم و سوختن مهبل از اختلاطات ایـن پروسیجر میباشد ولی TCRE هزینه کم دارد.

• **Ballon thearapy**

با مایعات داغ در داخل بالون طبقـه سـطحی انـــدومتر رحـم ســوختانده مـیشود (تحت انستری موضعی).اجـرای پروسـه طوریسـت کـه بـالون در داخـل رحـم از 30ml ملی لیتـر glycine 5% در حالیکـه درجـه حـرارت ۸۵^{c} دارد پـر گردیده و بمدت ۸ دقیقه در داخل رحم قرار داده میشود در حدود ٪۷۰ خانم هـا مصاب امینوره گردیده و متباقی در ظرف یـک سـال وارد صـفحه اولیگومینوریـا میگردند.

۳- جراحی جذری و اساسی

عبارت از برداشتن رحم بشکل تام یا ناتام نظر بعارضه میباشد. (در خانمهای مسن و اگر با تداوی های محافظوی جواب حاصل نشـد) نـزد خانمهـای کمتـر از ۵۰ ساله هم هسترکتومی اجرا گردد ولی تخمدان ها بهتر است حفظ شوند.

Genital Prolapsuse

سقوط ارگانهای تناسلی جنسی

پرولاپس یا سقوط اورگانهای تناسلی جنسی داخلی خصوصا رحم یکی از معمولترین پرابلم های خانمهای مسن و کثیر الـولاده میباشـد .هـم چنـین عارضـه میتواند نزد خانم های جوان که پاریتی محدود و کـم هـم دارنـد اگـر ولادت در خانه بشکل غیر فنی صورت گرفته و یا ولادت طولانی و مشکل داشته و یا اینکـه کارهای ثقیل و ایستاده پا در دوران نفاسی انجام داده انـد بوجـود آیـد. در ۰.۵٪ وقایع پـرولاپس قبـه مهبـل بـه تعقیـب هسـتركتومی مهبلـی و بطنـی نیـز رخ داده میتواند.

اســبـاب

اگر چه اسـباب ابتـدائی و مـوثر در عارضـه عـدم کفایـه عضـلات طبقـات حوصلی و اربطه استحکامی اعضای تناسلی جنسـی داخلـی میباشـد ولـی اسـباب عمده آن که در حقیقت فکتورهای مساعد کننده اند عبارتند از:

۱- ضعیف شدن تقویت عضلات عجان در دوره مینوپوز.

۲- جروحات و ترضیضات زمان ولادت.

۳- طفـل بـزرگ ، زور زدن قبـل از وقـت در فعـل ولادت و ولادت هـای طولانی و مشکل.

۴- ولادت با سامان و وسائل.

۵- ترضیضات عصب پودندال.

۶- عملیات Abdominoperitonial resection و ولوکتومی جذری که باعث ضعیف شدن تون عضله لیواتور مقعدی میگردد.

۷- سرفه های معند، برانشیت مزمن ، چاقی ، قبضبیت های معند و هر عامل دیگریکه باعث فرط فشار داخل بطن میگردند مانند Ascitis و غیره.

۸- پرولاپس ولادی که با spina bifida مترافق است.

کمبود و نقصیه هورمون ستروجن سبب تضعیف شدن عضله levator ani و اربطهء رحمی که مسئول تثبیت رحم وجدار مهبل به موقعیت اصلی آن میباشد میگردد .

جروحات و ترضیضات در هنگام ولادت که سبب کش شدن و یا پاره شدن عناصر تثبیتیه میگردند نیز از عوامل عمده پرولاپس بشمار می روند ولی باید تذکر داد که اگر خانم بعد از ولادت رژیم لازمه غذائی گرفته و عوامل مساعد کننده را اصلاح ساخته و خصوصا اگر به ورزش در دوران نفاسی اقدام کند عارضه اصلاح گردیده و شفایاب میشود.

ولادت ذریعهء فورسپس(FR) با فشار زیاد، اجرای عملیه vacume خصوصا در عنق ناتام، زور زدن قبل از وقت مریضه به طرف پایان در صفحات ولادت از جمله عواملی اند که سبب تخریب و پائین آوردن مقاومت تون اقسام نگه دارنده حوصلی گردیده و زمینه را برای پرولابس مساعد میسازد. تخریب و کش شدن عصب پودندال با عین میکانزم باعث سقوط اقسام حوصلی شده میتواند.

انواع کلنیکی سقوط اورگانهای تناسلی حوصلی

I- جدار قدامی مهبل

۱- ۲/۳ جدار قدامی مهبل (cystocele)

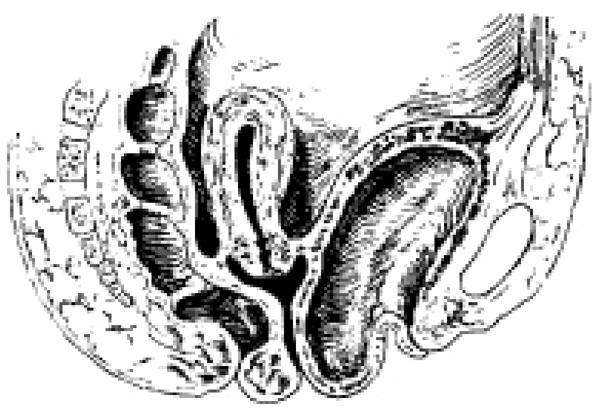
۲- ۱/۳ جدار قدامی سفلی مهبل (urethrocele)

۳- تمام جدارقدامی مهبل (urethrocystocele)

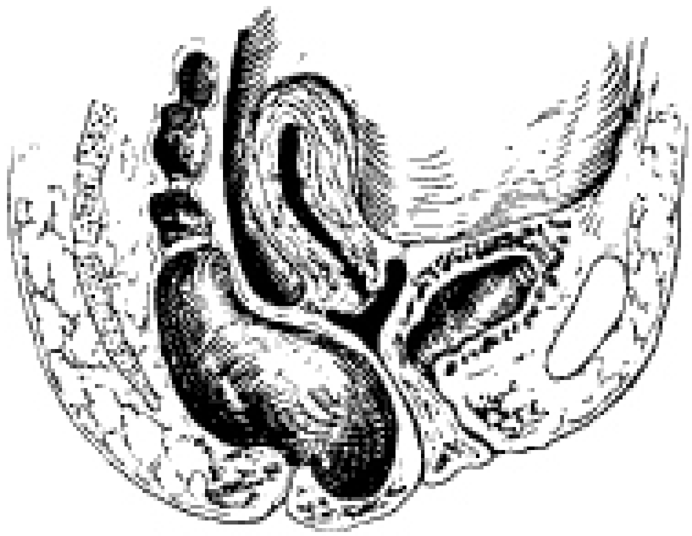
II- جدار خلفی مهبل

۱- ۱/۳ جدار خلفی علوی مهبل (enterocele)

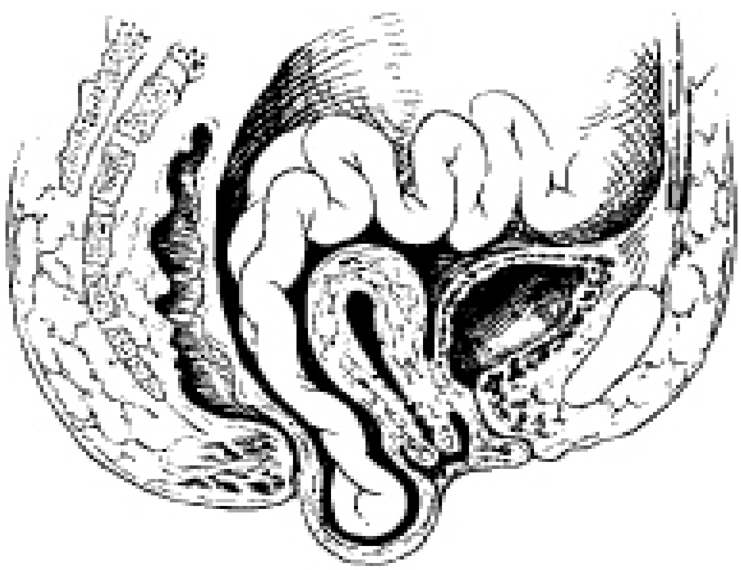
۲- ۲/۳ جدار خلفی سفلی مهبل (rectocele)



(۲) Cystocele



(٢) Rectocele



(٢) Enterocele and prolapsed uterus

III- پرولاپس رحم

سقوط رحم ازنظر سریری بدرجات ذیل دسته بندی شده است

۱- درجه I: عنق رحم در داخل مهبل پائین آمده و محور رحم با مهبل موازی میگردد.

۲- درجه II: عنق رحم تا حذای فوهه مهبل سقوط می کند.

۳- درجه III: عنق و جسم رحم کاملا از مهبل بیرون قرار دارند (procidentia)

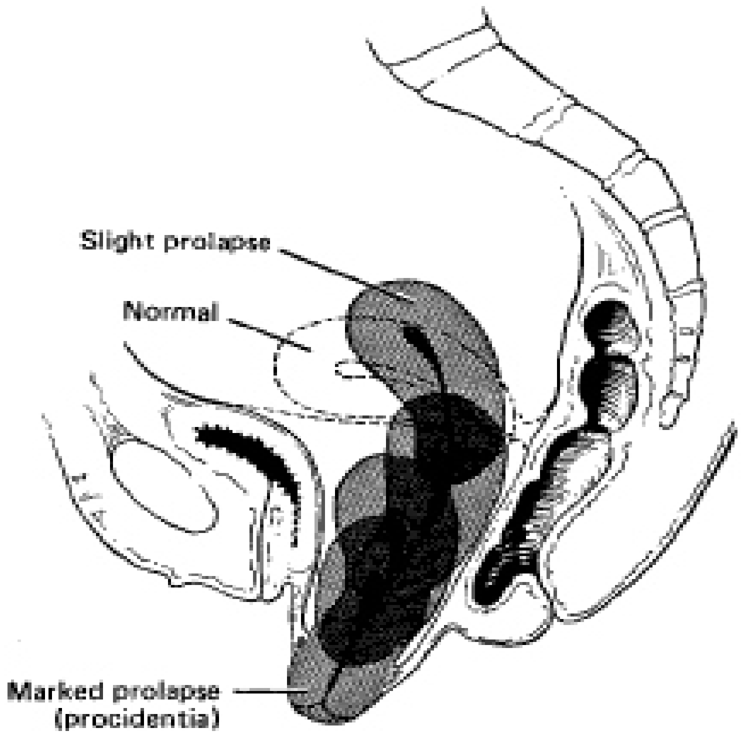
۴- درجه IV: Valut prolapsuse رحم و قبه مهبل کاملا سقوطی اند.

تغییرات پتولوژیک

۱- اربطه vesicovaginal و احلیلی ضعیف و کم تون اند . هنگامیکه سیستوسل و رحم در خارج مهبل قرار گیرند در غشای مخاطی مهبل keratinization بملاحظه می رسد و تقرح در ساحه از اثر اصطکاکات بوجود آمده میتواند و senil vaginitis در نزد خانم های که به صفحه مینوپوز قرار دارند دیده شده میتواند.

۲- عنق رحم هیپرتروفیک بوده و سرویسیت مزمن نزدش موجوداست. تقرحات تروفیک از اثر اصطکاکات و احتقان در آن ایجاد شده که بنام قرحات Decubitus یاد میشود ولی دارای محیط مشخص و واضح میباشند. دوام آفت و قرحه زمینه را برای خبیث شدن آن مساعد میسازد.

در procidentia حالب معروض به پیچیدگی و خمیدگی شـده و زمینـه را برای هیدرونفروزیز مساعد میسـازد ودر حالـت cystocle احتبـاس بقایـای ادرار در مثانه زمینهء منتن شدن آنرا مساعد میسازد.



(۲) Prolapsed uterus

اعراض و علائم کلنیکی (۸)

۱- احساس پائین آمدن و پری در مهبل و یا خروج چیزی از مهبل.

۲- درد قسمت سفلی کمر و احساس فشار در قسمت سفلی بطن.

۳- اعراض بولی: فریکونسـی ادرار، مشـکلات در عمـل تبـول دیسـیوریا و stress incontinence.

۴- خونریزی های غیر منظم مهبلی و یا خونریزی بعد از عمل مجامعت، خونریزی بعد از قطع طمث و افرازات مهبلی.

۵- مجامعت دردناک و حتی بحدی که زمینه ساز برای Apronia میگردد.

مریضه پائین آمدن یک جسم را در داخل مهبل و در مراحل مقدم با عملیه سرفه کردن، زور زدن، عطسه کردن و خنده کردن احساس میکند که با زور زدن و اجرای کارهای سنگین و دوامدار بیشتر شده و با عمل دراز کشیدن و استراحت معدوم و اصلاح میگردد علاوتا اگر خروج رحم و مهبل مکمل (درجهIII و IV) باشد در راه رفتن عادی مشکل دارد.

تکرر ادرار مربوط به بقایای ادرار بعد از تخلیه در داخل مثانه و ملاحظه انتان میباشد. بعضا مریضان با فشار بالای مثانه از طریق مهبل در تخلیه آن اقدام میکنند که کار چندان مطلوب نیست.

Stress incontinence در صورتیکه معصرهء داخلی احلیل از سویهء عضله elevator پائین قرار گیرد نزد خانم بملاحظه می رسد و هرگاه تمام رحم و قسمت عمده مهبل از فوهه مهبلی خارج گردند نزد مریضه عمل مجامعت انجام شده نمی تواند (Aparonia)

معاینه

مریضه در حالیکه مثانه آن قسما از اثر احتباس پر است معاینه میشود که خود نشاندهنده stress incontinence میباشد با وجودیکه برای وی توصیه گردد که مثانه اش را تخلیه کند. سیستوسل، رکتوسل و انتیروسل یادداشت

شوند. سپس درجه سقوط رحم، وضعیت عنق رحم و جدار مهبل به ترتیب چک و مشخص گردند اندازه رحم و درجه تحرکیت آن بررسی و تعیین گـردد. پـاپ سـمیر وبیوپسـی در صـورت ضـرورت گرفتـه شـود در بسـیاری وقـایع تشـخیص مستقیما و قطعی انجام می شود باز هم با حالات ذیل تشخیص تفریقی گردد.

۱- کیست و تومورهای دهلیزی با سیتوسل تشخیص شود.

۲- دیورتیکولوم احلیل و cyst های آن که حدود مشخص و واضح دارند و توسط فشار از حجم آن ها کاسته نمیشود باز هـم یورتروسـکوپی تشـخیص را وضع میکنند.

۳- پولیپ های فیبروئید که از مهبل خـارج شـده انـد ممکـن بـا پـرولاپس مغالطه شود که با دقت تشخیص وضع میگردد.

۴- انقلاب مزمن رحمی ممکن پرولابس رحم را تمثیل کند دقـت شـود و u/sهم ما را کمک میکند و ممکن هم هستروسکوپی و در بسا موارد تشخیص را قطعی بسازد.

تداوی پرولابس اورگانهای تناسلی حوصلی

I- تداوی نزد خانم جوانیکه در سن باروری قرار دارد.

بهترین و معقولترین روش تـداوی بـرای مریضـان مصـاب پـرولابس عمـل جراحی است که باید رحم برداشته شود مگر به سه حالت ذیل

۱- خانم حامله که پرولابس داشته باشد.

۲- در ظرف ۶ ماه اول بعد از ولادت اقدام نشود.

۳- وقتیکه اصلاح و تداوی با اجرای گذاشتن پساری امکان پذیر باشد.

استطبابات Ring passary نزد خانم جوان

۱- خانمیکه می خواهد حامله شود.

۲- در هنگام تریمستر اول حاملگی، وقتیکه سن حاملگی از ماه سوم بیشتر شود جسم رحم از جوف حوصله بالا رفته و پرولاپس قسما ارجاع می شود بناء پساری باید برداشته شود.

۳- در دوران نفاسی پساری باید درداخل مهبل گذاشته شود.

۴- هنگامیکه انتانات موضعی و قرحات Decubitus تداوی و شفایاب شده باشند.

۵- خانمیکه با عملیات موافقه ندارد.

معیوبیت های passary

۱- تطبیق پساری سبب رفع مئوقتی عارضه شده و تداوی دائمی نمیتواند باشد و علاوتا در procedentia هم مورد استعمال ندارد.

۲- هر سه ماه یک مرتبه باید تعویض گردد.

۳- سبب dysparonia شده میتواند.

۴- نمیتواند stress incontinence را اصلاح کند.

۵- سبب vaginitis و قرحات مهبلی شده میتواند.

۶- گذاشتن دوامدار و بدون کنترول پساری سبب قرحات و حتی کانسر مهبل شده میتواند.

II- تداوی جراحی

۱- کولپورافی قدامی.

۲- کولپو پرینیورافی خلفی.

۳- ترمیم ذریعه fothergill (manchester operation)

۴- هسترکتومی.

اجرای نوع عملیات از یک طرف به سن و پاریتی خانم و از طرف دیگر به نوع و درجه پرولاپس ارتباط دارد.

کولپورافی قدامی جهت تقویه و حمایت از صفاق vesico vaginal و مثانه انجام میشود. Stress incontinence مریضه با گذاشتن چند خیاطه محدود در حذای عنق مثانه و محکم کردن آنها اصلاح میگردد (kelly یا kennedy stiches)

کولپورافی خلفی بمقصد محکم کردن و تقویت صفاق rectovaginal انجام میشود.

عملیات fothergill شامل قدم های ذیل است:

۱- توسع عنق انجام شود.

۲- امپوتشن عنق رحم اجرا شود.

۳- پیش آوردن رباط macken rodt's در قدام عنق.

۴- پوش کردن ساحات برداشته شده توسط flap مهبلی.

۵- ترمیم جدارهای قدامی و خلفی مهبل.

اختلاطـــات

۱- هیموراژی یا خونریزی و مداخلهء انتان.

۲- ستینوز عنق و یا تشکل هیماتوم در ساحه.

۳- عدم کفایه عنق رحم و زمینه سازی برای سقط های عادتی.

۴- دیستوسی عنق رحم که زمینه ساز C.S در حمل بعدی میشود.

هستر کتومی نزد خانم ها وقتی اجرا میشود که خانم تعداد کـافی اطفـال را داشته ، یا اینکه فیبروم رحمی مطرح بوده و یا مسئله DUB نزد مریضه موجود باشد.

قبل از اجرای هــســتــر کتومی ذریعه عمل جراحـی بایـد انتـان فعـال اگـر موجود باشـد تـداوی گردنـد (بـا اسـتفاده از آیـودین) و اگرقرحـه درعنـق رحـم بشکل decubitus نزد مریضه تاسس کرده باشد با اجرای پانسمان و pack مهبلـی در ظرف چند روز باید شفایاب گردیده و بعدا هستر کتومی انجام شود.

تداوی در دوران مینوپوز

تداوی پرولاپس رحم در مریضان که بدوره مینوپوز قرار دارند عبارتست از:

۱- تداوی وجنیت سـینیل و قرحـات decubitus بـا کـریم هـا کـه حـاوی ستروجن میباشند.

۲- بررسی درست و مناسب برای تثبیت نوع عملیاتی که باید انجام شود.

تداوی قاطع و مناسب

۱- تطبیق حلقه پساری.

۲- هستر کتومی از طریق مهبل و ترمیم زمین حوصله یـا قبـهء مهبـل همـراه با کولپورافی قدامی خلفی.

۳- عملیات Le Fort.

I. تطبیق حلقه پساری به اهداف ذیل انجام میشود.

۱- اگر خانم برای عمل جراحی نامناسب باشد.

۲- اگر خانم عملیه جراحی را نپذیرد.

II. هسترکتومی مهبلی

با اجرای هسترکتومی مهبلی که رحم مکمل برداشته شده و قبهء مهبل یا زمین حوصله ترمیم میگردد و به تعقیب آن کولپورافی قدامی خلفی هم باید انجام شود.

اختلاطات

۱- خونریزی.

۲- مداخلات انتان.

۳- ترضیض و جرحه در مثانه و رکتم در جریان عملیات.

۴- اختلاطات انستزی.

۵- ترومبو امبولی بعد از عملیات جراحی.

۶- سقوط قبه مهبل چند وقت بعد از اجرای عملیات.

III Le Fort Operation

درین عملیه یک فلپ rectangular غشای مخاطی مهبل از قدام و خلف جدا ساخته شده و دو کنار نواحی قطع شده توسط خیاطه ها بهم نزدیک ساخته و محکم میگردند عملیات Le Fort نزد خانم های بسیار مسن، ضعیف و کم توان که سقوط قبه مهبل داشته باشند انجام شده میتواند.

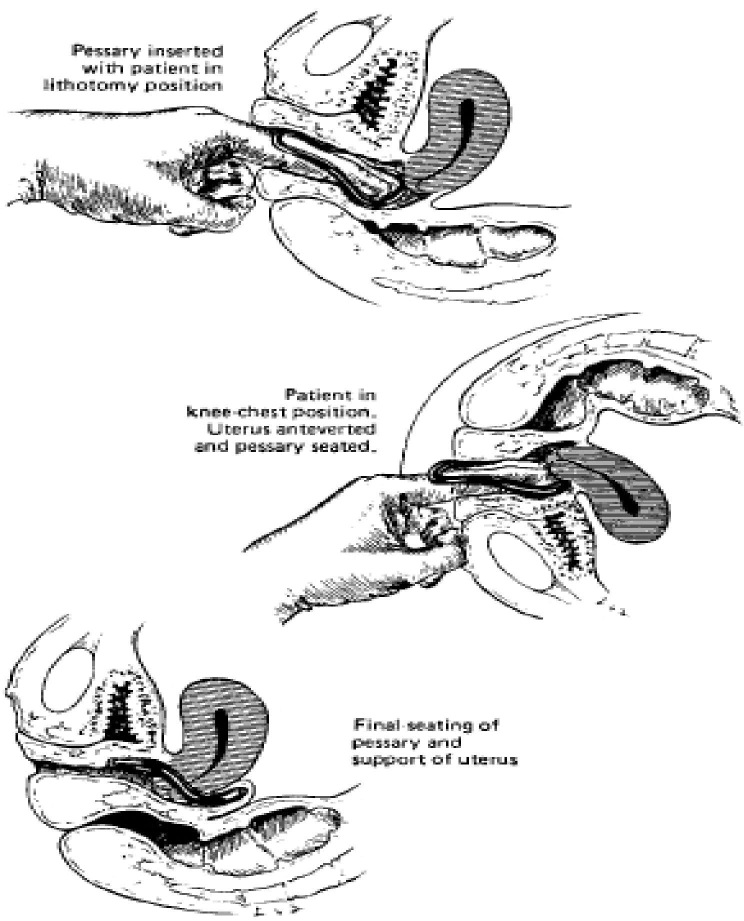
خصوصیات ذیل نزد خانم باید موجود باشد که عملیات Le Fort انجام شود:

۱- خانم باید حتما به صفحه postmenoposal باشد.

۲- خانم نباید stress incantenence داشته باشد.

۳- خانم نباید علاقه مند مناسبات جنسی باشد.

۴- با اجرای u/s و pop smear باید اعضای تناسلی داخلی نارمل باشند.



(۲)

پولیپ، فیبروم و سارکوم رحم

فیبروم رحم یکی از شایعترین آفات تومورهای سلیمه بوده که در دوران با روری نزد خانم ها بملاحظه رسیده میتواند و سارکوما نادرترین امراض خبیثه از جمله امراض سرطانی است.

پولیپ های رحم

انواع مختلف polyp ها در رحم با اعراض کلنیکی متفاوت میتواند بوجودآید .

انواع polyp های رحمی

۱- پولیپ های اندومتریوم.

۲- پولیپ های ادینوماتوز.

۳- پولیپ های که منشا پلاسنتائی دارند.

۴- پولیپ های فیبروئیدی .

Endometerial polyp -1

معمولا در هیپرپلازی اندومتر و متروپاتیا هموراژیکا بیشتر بملاحظه می رسد. شاید یک عددو بزرگ بوده اما اکثرا متعدد و کوچک بوده و دارای ساقه

باریک اند و در یک تعداد حالات ممکن است از فوهه عنق بیرون برآید. در صورتیکه ساقه پولیپ طولانی باشد حتی تا فوهه مهبل هم فرصت ظهور پیدا میکند.

پولیپ های اندومتر از نظر نسجی حاوی غدوات و نسج استرومای اندومتر بوده که توسط نسج اپیتل کولامنر (columner epithelium) ستر شده اند.

خانم ها از نظر کلنیکی از مینوراجی و خونریزی های بین الحیضی شکایت دارند. بامعاینه توسطه سپیکولوم در صورتیکه از عنق رحم خارج شده باشد قابل رویت بوده، رحم معمولا بزرگ و محجم تر جس می شود و با اجرای u/s تشخیص قطعی شده میتواند.

اساسی ترین راه تداوی عبارت از polypectomy و کوریتاژ جوف رحم است که باید محتاطانه وبدقت انجام شود نسج polyp باید از نظر هستوپتولوژی بصورت حتمی برای رد آفات خبیثه معاینه گردد. در پولیپ های که کارسینومائی باشند در مراحل مقدم نسج ساقوی آن ها طبیعت خبیثه دارد در حالیکه اگر پولیپ های سلیمه به طرف خباثت سیر کنند نسج ساقوی آنها سالم اند و این تشخیص تفریقی خیلی ارزشمند است که آیا آفت خبیثه ابتدائی است و یا ثانوی.

درین اواخر پولیپکتومی با اجرای هستروسکوپی مستقیما انجام شده میتواند و نسبت به اجرای کورتاژ ارجحیت دارد.

Adenomatous Polyp -2

این نوع پولیپ ها بیشتر در دوره مینوپوز بوجود میآیند از نظر نسجی این پولیپ بیشتر حاوی نسج فیبروز بوده تا نسج غدوی،ازاین سبب است که آنرا بنام

ادنوفیبروماتوز یاد میکنند و این پولیپ بصورت نـادرهمراه بـا وقـایع ادینومیـوزیز هم دیده شده میتواند.

Placental polype- 3

از باقیماندن پارچهء از پلاسنتا این نوع پولیـپ هـا بوجـود میآینـد. خـانم از خونریزی های بعد از ولادت بشکل ثـانوی حکایـه میکنـد و ضـرورت بـه تخلیـه توسطه دست و کورتاژ جوف رحم دارد که بایـد تحـت انسـتزی عمـومی انجـام شود.

Cervical Polyp -4

پولیپ های عنق از غشای مخاطی کانال عنقی منشأ میگیرد . دریـن حالـت غشای مخاطی دچار hyperplasia شده و بصورت التوات رویهـم افتـاده تظـاهر میکنند درنتیجه یکی ازین التوات بداخل کانـال Cervix بشـکل polyp عـرض اندام مینماید.

پتولوژی

- بوسیله اپی تیلیوم columnar پوشیده است.
- Stroma فوق العاده وعایی میباشد
- قطب سفلی polyp ممکن Squamous metaplasia را نشان دهد.
- غدوات stroma بشکل racemosa در stroma دیده میشود.

به تعقیب مقاربت جنسی ، خونریزی های نامنظم مهبلی ودرد کمـر یـا درد درقسمت سفلی بطن نیزاز یافته ها شایع کلینیکی بشمار میرود

در معاینه u/S پولیپ ها بشکل منفرد ویا چنـدین تـایی ، متـورم ، وعـایی و احمراری به اندازه نخودقابل دریافت اند .

فیبروم های رحمی (۱۰)

سیستم FIGO فیبروم های رحمی را به انواع تحت مخاطی ، داخل جداری (intramural)،تحـت سـیروزی و تمـام جـداری (Transmural) قرارذیـل تصنیف نموده اند

Typeصفر: منحصراست به داخل جـوف رحـم (در داخـل جـوف رحـم موقعیت داشته و توسط یک ذنب باریک به اندومتر رحم مرتبط است)

Type 1: کمتر از ۵۰٪ از قطر کتله فیبروییـد در داخـل جـدار رحـم نفـوذ نموده است

Type 2: ۵۰٪ و یا بیشتر از قطر کتله فیبرویید در داخل جدار رحـم نفـوذ نموده است

Type 3: محدود به طبقه اندومتر رحم بوده لاکن هیچ بخش ان بـه داخـل جوف اندومتر قرار ندارد.

Type 4:در بین طبقه عضلی رحم محدود بوده و به جوف اندومتر و طبقـه سیروزای رحم توسعه نیافته است.

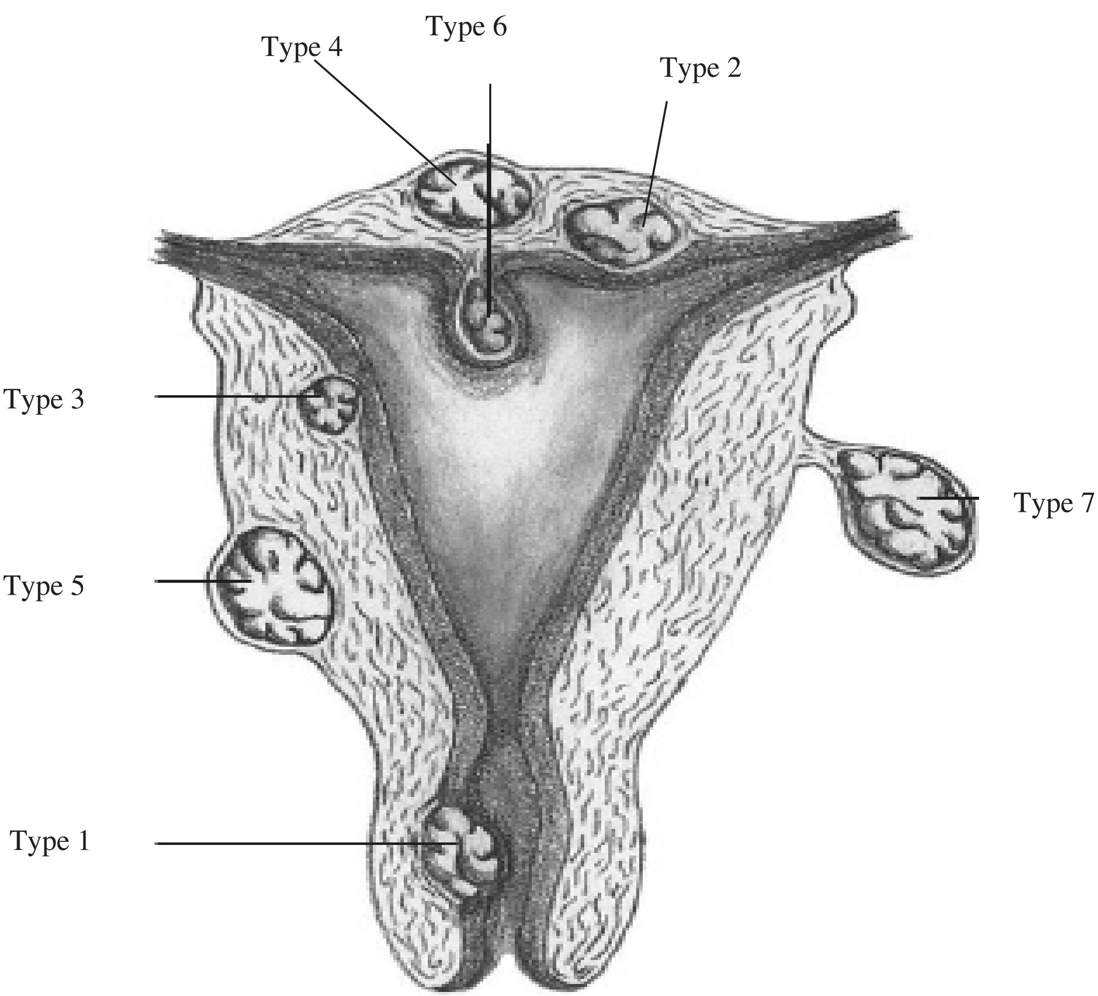
Type 5: موقعیت تحت سیروزا داشـته لاکـن حـد اقـل ۵۰٪ ان بـه داخـل طبقه عضلی رحم میباشد.

Type 6: موقعیت تحت طبقهء سـیروزا داشـته لاکـن کمتـر از ۵۰٪ ان بـه داخل طبقه عضلی رحم توضع دارد.

Type 7: در این شکل کتله فیبرویید صرفا توسـط یـک ذنـب باریـک بـه طبقه سیروزا رحم مرتبط است.

Type 8: به طبقه عضلی رحم پیوست نبوده مانند کتلاتـی کـه در حـذای رباط پهن و مدور بدون پیوند مستقیم به طبقه عضلی رحم قرار دارند

نوع فیبروم Transmural با در نظـر گـرفتن ارتبـاط شـان بـه انـدومتریوم درعمق و طبقه سیروزادرسطح تصنیف شده اند . با توجه به نوع ۲ و ۳ میتوان این خصوصیت مهم را دریافت



شکل (۲) Types of leiomyomas (۱۶)

تاثیرات حمل بالای کتلات فیبرویید (۱۰)

اکثر فیبروم ها در دوران حامله گی بزرگ شده و حمل تاثیرات متغیر و غیر قابل پیشبینی را بالای رشد فیبروم دارد. اما بیشتر مرتبط به خصوصیات اختصاصی و جنیتیکی یک کتله فیبروم ، فکتور های رشد دورانی و موقعیت ریسپتور ها در بالای کتله فیبرویید میباشد . مطالعاتی که بشکل پروسپکتیف بالای ۳۶ خانم صورت گرفته و با سونوگرافی که در جریان تریمستر اول انجام شده است موجودیت یک کتله واحد فیبروم را نشان داده و نتایج سونوگرافی که متعاقبا به فاصله هر ۲ تا ۴ هفته صورت گرفته نشان داد که در ۶۹ ٪ از این خانم های حامله کتلات فیبروم شان به حجم خود نه افزوده و برزگ نشده است. در ۳۱ ٪ از این خانم ها کتله فیبرویید شان برزگ شده و بیشترین درجه و سرعت رشد در هفته های دهم حاملگی مشاهده شده بود و سرعت رشد شان در دوران حاملگی هیچ ارتباطی به اندازه اولیه فیبروم ها نداشت .و یک کاهش اندازه فیبروم ها بطرف حجم اولیه (قبل از حامله گی) چهار هفته بعد از ولادت مشاهده گردیده بود

تاثیرات فیبروم بالای رحم (۱۰)

نادراً دیده شده است که موجودیت فیبروم در رحم انذار و پیشرفت حمل را به مخاطره میاندازد تحقیق که بالای یک گروپ بزرگ از زنان حامله در تریمستر دوم با معاینات سونوگرافی انجام شده و با دقت تا زمان ولادت تعقیب و پیگیری شدند و در عین مرکز ولادت نموده اند

در یک مطالعه که بالای ۱۲۶۰۰ خانم حامله صورت گرفته انذار ۱۶۷ خانم که همزمان مصاب کتلات متعدد فیبروم ها بودند هیچ ارتباط به شیوع ولادت های قبل از وقت ، پاره شدن قبل از وقت غشای امنیوتیک ، تاخر رشد در حیات داخل رحمی ،انفصال قبل از وقت پلاسنتا ، پلاسنتای سرراهی (Placenta previa) ، خونریزی های بعد از ولادت و احتباس پلاسنتا نداشتند. (۱۲ – ۲۳ ٪) عملیات جراحی سزارین سیکشن در بین خانم های حامله که همزمان مصاب فیبروم های رحمی بودند معمول بود

در یک مطالعه دیگر که بالای ۱۵۱۰۴ خانم حامله انجام شد و از جمله ۴۰۱ خانم مصاب فیبروم بودند خطر پاره شدن قبل از وقت پلاسنتا، ولادت مهبلی با استفاده از میتود های عملیاتی، التهاب اغشیه و مایع امنیوتیک و اندومیتریوزز دریافت نگردید هرچند خطر ولادت قبل از وقت (۱۲.۷٪ - ۱۹.۲٪) ،جفت سرراهی Placenta previa (۱.۸٪ - ۳.۵ ٪) خونریزی های بعد از ولادت (۲.۹٪ - ۸.۳٪) مشاهده شده و باز هم (۲۱.۴٪ - ۴۹.۱٪) عملیات جراحی سزارین سیکشن در بین خانم ها معمول بود

جروحات نزد جنین که از باعث فشار های میخانیکی کتله فیبروم باشد غیر معمول است . یک تحقیق که از روی ارشیف PubMed در بین سال های ۱۹۸۰ الی ۲۰۱۰ صورت گرفت اشکار ساخت که این کتلات فیبروتیک میتوانند سبب انومالی های راس جنین توام با تئاخر رشد جنین (IUGR) در حیات داخل رحمی ، سوء اشکال ولادی ، کوتاهی یک عضو پا یا دست و یاسوء اشکال ولادی راس توام با تورتیکول شوند

هر تصمیم برای انجام میومیکتومی برای وقایه از مشکلات در دوران حامله گی باید خطر های عملیات جراحی ، انستیزی ،چسپنده گی های بعد از عملیات و احتمال افزایش تمایل به عملیات جراحی سزارین سیکشن دیگر ، ناراحتی های مریضه ، هزینه گران و مدت زمان دور ماندن از کار و فامیل باید محاسبه و در نظر گرفته شود

انواع فیبروم رحمی

فیبروم رحمی بدو شکل فیبرومیو ما و یا لیومیوما در حدود ٪۲۰-۱۰وقایع درنزدخانمها واکثرادرسن باروری بوقوع رسیده می تواندویک تومورسلیم است. ندرتاممکن درمراحل مقدم بلوغت ویادوره مینوپوز به ملاحظه برسد. رشد تومور مربوط است به سویه هورمون های استروجن نزد خانم.

کریتریای ذیل آن را مشخص میسازد.

۱- تومور در جریان حاملگی بیشتر رشد و نشو و نما دارد لاکن بعد از ولادت حجما کوچک گردیده و تکمش مینماید.

۲- این تومور ندرتا در مراحل قبل از بلوغ و دوران مینوپوز پیدا شده و یا رشد و انکشاف میکند (کمبود هورمون استروجن)

۳- ادویه ضد حاملگی مختلط حجم تومور را تزاید میبخشد در صورتیکه GnRH در ظرف ۳ ماه در حدود ٪۵۰ حجم آنراتنقیص می دهد.

Pathology

فیبروم یا از عضلات جدار اوعیه رحم و یا از عضلات رحمی (میوتریوم) منشا میگیرد. بیشتر تومورهادر رحم عرض اندام میکننند لاکن در حذای عنق

رحم، رباط عریض و یا بالای رباط مدور نیز ندرتا میتوان آنرا مشاهده نمود بعضا بسیار کم در داخل جدار اوعیه پارامتر شروع به تشکل و رشد نموده که نهایتـا از اثر رشد و پیشرفت آفت، اوعیه مشابه به حبل گردیـده و ایـن یـک پروسـه خطـر ناک و مرگ آور است (مساعد ساختن امبـولی هـای داخـل و عـائی) بعضـا هـم فیبرومهای متعدد و منتشر داخل بطنی در جریان حاملگی بوجود آمده میتواند.

فیبروم عنق رحم معمولا واحد بوده و اندازه بزرگ و محجم دارد از لحاظ ساختمان مشابه به تومورهای رباط عریض و یا تحت المخاطی میباشد.تومور ابتدا به شکل جوانه فیبروتیک از میومتریوم منشا گرفتـه و بـه طـرف داخـل یـا جـوف رحم ویا به طرف خارج یا بیرون درداخل میومتریوم رشد کند.

اگر تومور به طرف خارج یا بیرون رشـد کنـد سـبب تشـکل یـک فیبـروم تحت المصلی(subserouse) و یا حتی فیبروم کـه دارای سـاقه مشـابه بـه پولیـپ است میشود ندرتا این نوع پولیپ ها با اعضای اوعیه دار داخل بطن تماس برقـرار نموده و بشکل پرازیتی به رشد خود ادامه میدهند.

اگر تومور به طرف داخل جوف رحم به رشد خود ادامه دهد سبب تشکل فیبروم تحت المخاطی و فیبروئید پولیپ میگردد و خیلی به آسانی میتوانـد منـتن گردد خصوصا اگر از حذای عنق بر آمده باشد.

شیوع فیبروم های داخل عضله رحم یا Intramural در حدود ۷۵٪ ازتحت المخاطی ۱۵٪ وبشکل subserousal آن ۱۰٪ و در حذای عنق ۱٪ میباشد.

خصوصیت تومورهایInterstitial اینسـت کـه بیشـترین نسـج آن نظـر بـه دیگر انواع، نسج عضلی میباشد.

میوم وصفی و مشخص یک توموریست که بصورت واضح و مشخص توسط کپسول احاطه گردیده قوام آن با جس سخت بوده و منظره گلابی رنگ دارد اگر مقطع از آن گرفته شود منظره مارپیچ و حلقوی را دارد اوعیه میومتریوم مسئول ارواء فیبروم بوده و این پروسه از محیط به طرف مرکز تنظیم میشود از این سبب که مرکز فیبروم به طرف استحاله و اتروفی بیشتر مساعد میباشد و بر خلاف کلسیفیکا سیون بیشتر در محیط فیبروم رخ میدهد از این سبب است که فیبروم سخت جس میشود.

از نظر میکروسکوپی: رشته های عضلی ملسا که توسط نسج فیبروئید از هم جدا گردیده اند و منظره حلقوی را نشان میدهند در مقطع فیبروم بملاحظه می رسد.

تغییرات ثـــانوی در فیبروم

۱- تغیرات اتروفیک و هیالینی.

۲- تراکم کلسیم و یا آهکی شدن نسج فیبروم.

۳- استحاله سرخ.

۴- تغیرات سارکوماتوز.

۵- تدور و هموراجی.

۶- منتن شدن در تومورهای تحت المخاطی، پولیپوئید و در جریان دوره حاملگی.

۷- انقلاب رحمی.

۸- کارسینوم اندومتر همراه فیبروئید.

۹- هیپرپلازی اندومتر ومیومتر.

- **استحالـۀ سرخ فیبروم**

این نوع استحاله در نزد خـانم هـای حاملـه و در تریمسـتر دوم معمـولا رخ داده میتواند . فیبروم دفعتا بزرگ و دردناک میگردد و نزد خانم یک بطن حاد را تمثیل میکند . خانم از درد شـدید بطن،استـفراغ ،خـونریزی مهبلـی وتـب شـاکی میباشد. بطن مریضه دفعتا بی تناسب به سن حمل و فیبروم بـزرگ میگـردد رحـم هم بزرگ و حساس جس میشود. این وضعیت ممکن است با تدور کیست مبیض هموراجی های داخل بطنی، التهـاب حـاد کلیتـان یـا pyelitis و اپندیسـیت حـاد ممکن مغالطه شود با اجرای u/s موجودیت حمل با فیبروم مشخص شده میتوانـد نسج فیبروئید دارای رنگ ارغوانی بوده و بوی ماهی را میدهد و در داخـل اوعیـه آن قسما ترومبوز قابل رویت است.

- **Sarcoma (تغییرات سارکوماتوز)**

در حدود ۰.۵٪ خانم ها در سن مینوپوز باین عارضه معروض شده میتوانند و حالات ذیل را نباید از نظر دور داشت .

۱-فیبروم های interstitial و تحت مخـاطی کـه بیشـتر تمایـل تحـول بـه سارکومارا دارند.

۲-نزد خـانم درد بطنـی و متروراجـی بعـد از دوره مینوپـوز بملاحظـه مـی رسد.

۳- تومور رشد سریع دارد.

۴-منظره تومور هیموراژیک و زرد رنگ است.

- **Torsion**

اگر نزد خانم فیبروم ذنب دار موجود باشد ممکن از اثر تدور عاجلا یـک بطن حاد را تمثیل کند که مشابه بتدور کیست های مبیضی میباشـد در لاپراتـومی که انجام میشود فیبروم متدور و هیموراژیک بملاحظه می رسد.

اعراض و علائم کلنیکی فیبروم (۱۱)

۱- اعراض مربوط به سیکل عادت مـاهوار بـه اشـکال متفـاوت و مختلـف مانند متروراجی، پولی مینوره، خونریزی های دوامدار و یا بشکل بین الحیضـی و هم چنین خونریزی بعد از انقطاع طمث بملاحظه رسیده میتواند.

۲- درد به شکل دیسمینوره، کمر دردی، دردهای بطنی به شکل حـاد و یـا مزمن. (اگر همراه با ایندومیتریوس، دیجینیریشن، تدور و به شکل پولیپ از فوهه مهبل بیرون شود).

۳- کلوله گی: در قسمت بطن و یا مهبل جس میشود.

۴- اعراض فشاری بالای مثانه ، احلیل و غیره اعضای مجاور.

۵- عــقــامــت. (از سبب مداخله در عبور اسـپرم، غـرس بیضـه ملقحـه و ایجاد تشوشات در تولید تخم).

۶- سقط عادتی از سبب پائین آمدن ظرفیت توسع رحم وغیره.

اکثریت این خانم ها در سن باروری قرار داشته و شاید هـم بیشـترین شـان (NP) نولیپار و یا کمترین ولادت را کرده باشند و تنها ٪۳۰ آنها مولتی پار باشند.

در حدود ٪۵۰ وقایع فیبروم بدون اعراض کلنیکی بوده و صرف بصورت تصادفی ذریعـه u/s و یـا معاینـه فزیکـی مهبلـی عارضـه کشـف میشـود در ٪۵۰

متباقی وقایع ممکن است مریضان از یـک و یـا چنـدین عـرض شـاکی بـوده کـه شدت عارضه نظر به محل توضع، تعداد و اندازه فیبروم فرق میکند.

- **Menstrual**

مینوراجی رو به تزاید و یا دوامدار از اثر تزاید جریان وعائی، تزایـد حجـم جوف رحم و هیپرپلازی اندومتر نزد مریضـه بوجـود مـی آیـد. پـولی مینـوراجی هنگامیکه PID مطرح بحث باشد در ۱۵٪ وقایع بملاحظه رسیده میتواند.

خـونریزی هـای بـین الحیضـی و بعـد از عمـل مجامعـت در فیبـروم هـای پولیپوئید که منتن شده باشـند موجـود بـوده و افـرازات مهبلـی خونـدار و مـتعفن میباشند. در خونریزی های بعد از قطع طمث امکان تحول فیبروم به سارکوما باید مـدنظر باشـد و هـم چنـین در خـونریزی هـای بعـد از عمـل مجامعـت تحـول بـه سارکوما را نباید از یاد برد.

- **Pain**

دیسمینوره هم به شکل اسپزموديک وهم بشکل کانجسـتیف تظـاهر کـرده میتواند درد بطنی، کمر دردی از اثـر احتقـان حوصـلی بوجـود آمـده و درد حـاد بطنی در صورتیکه فیبروم تدور، دیجینریشن و یا تحول به خباثت کرده باشد نـزد مریضه بملاحظه می رسد.

- **Lump**

هنگامیکه رحم باندازه حمل 12w محجم گردد یک کلولـه گـی در بطـن میتواند جس شود. رشد تومور بسیار بطی بوده مگر اینکه به خباثت تحول نمـوده

باشد در صورتیکه فیبـروم subserous مطـرح باشـد (Meigs' syndrome) نـزد مریضه حبن هم تشکل کرده میتواند.

پولیـپ هـای فیبروئیـد کـه از فوهـه مهبـل خـارج شـده باشـند میتواننـد بـا پرولاپس رحم مغالطه شوند.

- **اعراض فشاری**

فیبروئیـد هـای کـه در قسـمت سـفلی عنـق رحـم موقعیـت دارنـد سـبب مشـکلات در تخلیــهء ادرار، تکــرر ادرار و بعضــی اوقــات احتبــاس ادرار خصوصا نزدیکی های عادت ماهوار (از سبب احتقـان) میگـردد و هـم چنـین تومورهای رباط عریض سبب فشار بالای حالب گردیده وهیدرونفروز را بـار می آورد.

- **عـقـامـت**

تمام انواع فیبروم ها سبب عقامت نمی شوند فیبروئید های که در قرن رحمـی توضع دارد باعث انسداد نهایت رحمی تیوب ها شـده و زمینـه عقامـت را مسـاعد میسازند. و هم چنین تومورهای تحت المخاطی از باعث پر کردن فضـای رحـم و رشد ناکافی اندومتر و غیره سبب سقط های عادتی میشوند.

علائم کلنیکی

۱- انیمیا از باعـث ضـیاع خـون دوامـدار و یـا بمقـدار زیـاد در متروراجـی بوجود آمده میتواند.

۲- با معاینه بطنی یک کتله محجم با حدود معین ، قوام سخت و متحرک ممکن است جس شود در صورتیکه که کتله های متعدد فیبروئیدی مطرح بحث باشد سطح جس شده نیزبرآمده گی های متعدد وغیر منظم دارد ولی معمولا کتله متحرک بوده مگر اینکه بنا به دلایلی مثلا حجم بزرگ ویا با محیط خود التصاق پیدا کرده باشد.

پولیپ های فیبروئیدی در عنق رحم به اثر معاینه با سپیکلوم مشخص شده میتواند بزرگی حجم رحم نظر باندازه فیبروم و تعداد آن ها فرق میکند در یک تعداد حالاتیکه فیبروم ذنب دارباشد ممکن انطباع یک تومور مبیض را از سر بطن به معاینه کننده بدهد و جدا از رحم جس گردد.

تشخیص

استجواب و دقت در معاینه و استفاده از وسایل تشخیصیه ما را به تشخیص درست رهنمائی میکند ولی باز هم امراض مختلفه ایکه با فیبروم های رحمی تشابهاتی دارند باید در نظر گرفته شوند.

تشخیص تفریقی

فیبروم های رحم با حالات ذیل باید تشخیص تفریقی شود:

۱. با حمل داخل رحمی که رحم کلان جس میشود.
۲. باهماتومترا که از اثرتجمع خون در جوف رحم کلان است.
۳. با پیومترا که از اثر تجمع قیح در جوف رحم بوجود می آید.
۴. با ادینومیوزیز.
۵. با رحم های دو قرنه .

۶. با کتله های قیحی ایکه درد و طرف ملحقات جمع شده اند.

۷. با اندومتریوزی که در جوف رحم عرض اندام نموده باشد.

۸. با cyst های چاکلیتی و تومورهای تخمدان ها.

۹. با کــارسیــنـوم اندومتر رحــم.

۱۰. با تومورهای خبیثه مبیض ها.

۱۱. با پولیپ های فیبروئیدی و انقلاب مزمن رحمی، رحم محمـول و فیبـروم دیجنیراتیف که هردو نرم جس میشود. ولـی تاریخچـه امینـوره، تغیـرات ثدیه ها و عنق نرم رحم نمایندگی از حمل می نماید.

- در هماتومترا امینـوره ، درد بطنـی بـر خـلاف فیبـروم رحـم نـزد مریضـه موجود است.

- با پیومترا که اساساً در مرحله بعد از مینوپوز نزد خانم ها دیده میشود.

- با ادینومیوز، اندومتریوز و کتلات التهابی حوصلی دو طرفه ، که تاریخچه مشابه فیبروم را نشان میدهند و باید با دقت بیشتر در تشخیص تفریقی آن ها توجه شود.

- فیبروئید های ذنب دار را بمشکل میتوان با تومورهـای مبیضـی تشـخیص تفریقی نمود.

Investigation

نزد مریضـه بایـد معاینـات لابراتـواری اجـراء شـود و از وسـایل تشخیصـیه بخصوص سـونوگرافی، لاپراسـکوپی و غیـره بـرای رسـیدن بـه تشـخیص قطعـی استفاده به عمل آید.

تداوی فیبروم های رحمی

لازم به تذکر است که تمام فیبروم ها ایجاب تداوی را نمیکنند و بهمین ترتیب لازم است که از موجودیت فیبروم بسیار به احتیاط بـه خـانم گفتـه شـود و تعقیب گردد که آیا حجم فیبـروم در جریـان حـاملگی و یـا دوران مینوپـوز تغیـر میکند یا خیر نقاط اساسی تداوی عبارتند از:

۱-تداوی طبی

- با تجویز آهن برای جلوگیری از کم خونی
- دانازول ، GnRH و Mifepreston میتواند مفید واقع شود.

۲- Minimal Invasive surgery (MIS)

- میومکتومی توسط لاپراسکوپی.
- میومکتومی توسط هستروسکوپی.
- امبولایزیشن شرائین رحمی.

۳- میومکتومی توسط عملیات لاپراتومی، میومکتومی از طریق مهبـل و یـا توسط لاپراسکوپی.

- ذریعه عمل جراحی میوم جداگانه برداشته شود.
- هستر کتومی مهبلی.
- هستر کتومی بطنی.
- لاپراسکوپی کمکی برای هستر کتومی مهبلی.

روش تـــــداوی

انیمی مریضه همراه با تجویز آهن از طریق فمی و یا زرقـی و یـا نقـل الـدم نظر بدرجه کمخونی اصلاح گردد. با تجویز هورمون حجم رحم تکمـش نمـوده و سیستم ارواء آن در حدود ۵۰ تا ۷۰ فیصد قبل از اقدام به جراحـی تنقـیص مـی یابد ادویه تجویز شده قرار ذیل است:

Mifepristone 50 mg/D برای سه ماه.

Danazal 400mg/D برای سه ماه.

GnRH (Zoladex) 3، 6 mg بشکل زرقی عضلی ماهانه برای سه ماه .

تداوی جراحی

با تجویز ادویه فوق حجم فیبروم به حداقل رسـیده و ذریعـه پروسـیجرهای عملیاتی تهاجمی کوچک (MIS) بآسانی میتوانیم عمل جراحی را انجام دهیم.

جراحی در حالات ذیل ضرور است که انجام شود

۱- فیبروم های که اعراض داشته باشند.

۲- فیبروم های محجمی که باعث اعـراض فشـاری بـالای اعضـای مجـاور مانند مثانه، حالب و رکتم گردند.

۳- عقامت هایی که اسباب دیگر برای آنها دریافت نگردد.

۴- سقط های مکرری که نزد خانم ها بملاحظه رسد.

Hysteroscopic myomectomy: اگر فیبروم تحت المخاطی باشد ذریعه این عملیهء به خوبی با کمترین درد و خونریزی و با سرعت برداشته شده میتوانـد علاوتا از گذاشتن سکار بالای بطن و رحم هم جلوگیری میگردد.

Laprascopic myomectomy: از این روش جراحی در صورتیکه فیبروم ذنب دار یا تحت المصلی بوده و جسامت آن از 10cm بزرگتر نباشد استفاده خوب شده میتواند علاوتا از نظر تعداد هم نباید بیشتر از ۴ عدد باشد از Ambolization شرائین رحمی توسط gel foam در وقایع انتخابی میتوان استفاده نمود. با اجرای این پروسیجر تومور تکمش نموده حجما کوچک میشود از اثر تنقیص جریان وعائی آن در ظرف سه ماه ممکن خونریزی بهبود یافته و مریضه شفایاب گردد.

استطبابات میومکتومی (۹)

1. خانمی که سن کمتر از ۴۰ سال داشته باشد.
2. خانمی که میخواهد حامله شود
3. خانمی که میخواهد رحم آن حفظ شود

مضاد استطباب میومکتومی (۹)

۱- خانم هائیکه سن بلند تر از ۴۰ سال داشته باشند.

۲- فیبروم هائیکه با عارضه کانسروز همراه باشند و یا مشکوک به آن هسترکتومی گردند.

۳- در موجودیت حمل فبرم نباید برداشته شود و همچنین در جریان سزارین سکشن نسبت احتقان اوعیه که خون ریزی زیاد میگردد.

اختلاطات میومکتومی

۱- نزف و خونریزی. ادامه یافتن خونریزی بشکل مینوراجی در حدود ۱۰٪

۲- انتانات خصوصا اگر اهتمامات لازمه وبررسی لازم در نظر گرفته نشده باشد.

۳- ترضیضـات در مثانـه ، رکتـوم، حالـب و امعـاء رقیقـه خصوصـا اگـر التصاقات حوصلی مطرح بحث باشد.

۴- عود فیبروم در حدود ٪۵ وقایع.

در حـدود ٪۵۰-۴۰ خـانم هـا بعـد از اجـرای میومکتـومی حمـل گرفتـه میتوانند. نزد خانمها بلندتر از ۴۰ سال، خانم هائیکه تحـول آفـت بـه خبیثـه شـدن مشکوک شویم هستر کتومی انجام گردد.



شکل(۱۷) Abdominal myomectomy after enucleation of a submucosa fibroid through myometrial incision.

Uterin Sarcoma
سارکومای رحم

سارکومای رحم صرفا ۳-۱٪ تمام آفات خبیثه جهاز تناسلی و ۵٪-۳ آفات کانسرهای رحمی را تشکیل میدهد. اکثرا این خانم ها در صفحه مینوپوز بوده و در کته گوری خانم های که هیچ حمل نگرفته اند قرار دارند ۸٪ خانم های مبتلا به کانسر عنق که رادیوتراپی میشوند تمایل به سارکوماتوز شدن آفت دارند.

انواع سارکوما

چهار شکل سارکوما وجود دارد

I. Intramural sarcoma.
II. سارکوما در نسج استرومای اندومتریوم.
III. سارکوما در فیبروم.

IV. Gape-like سارکومای عنق رحم.

<u>به اساس تصنیف در کتاب نوک قرار ذیل:</u> (۱۰)

۱- Pure sarcomas

۲- Mix sarcomas

3- Maligenete mixt mullarian tomor

۴- Saracoma unclassified

۵- Malegnant lymphoma

➢ سارکومای داخل عضلی (I.M.S) در طبقه عضلی رحم یا میومتریوم جابجا گردیده ومعمولترین نوع سارکومای جهاز تناسلی داخلی است . تومور منظرهء زرد خاکی رنگ با نواحی نکروتیک و هموراژیک دارد. رشد آن محدود به کپسول فیبروم نبوده بلکه به محیط ماحول خود ارتشاحی میباشد. از نظر قوام خود نرم بوده و شکنند میباشد.

➢ سارکومای که بالای نسج فیبروم تاسس کرده میتواند بیشتر از ۰.۵٪ وقایع نمیباشد. تومور حاوی حجرات مدور Round cell، spindle و Giant cell میباشد. تومور از طریق اوعیه لمفاوی سریعا به عقدات لمفاوی قریبه خود انتشار می یابد. در stage I و stage II در حدود ۳۵٪ وقایع غدوات لمفاوی حوصلی مصاب آفت گردیده اند و در حدود ۱۵٪ عقدات para aortic مصاب آفت شده اند. در مراحل پیشرفته تر پریتوان بطنی نیز به آفت اشتراک کرده و غدوات متعدد در آن جس میشود. میتاستازهای بعیده در شش ها ، کلیه ها و عظام از طریق جریان وعائی نیز عرض اندام کرده میتواند اکثر خانم ها در ظرف ۱۸ ماه می میرند.

➢ تومورهـای مخـتلط خبیـث Grape-like sarcoma از جملـه تومورهای مختلط میزودرمل بوده که حاوی غضروف، عضـلات مخطـط، الیـاف فیبروتیک و شحم میباشند سارکوما منشهءر شـیمی داشـته بـدون کپسـول بـوده و رشد بسیار سریع دارد. خونریزی بعد از قطع عـادت مـاهوار از جملـهء شـکایات شایع این مریضان است با اجرای کورتاژ خباثت آفت اکثرا تثبیـت شـده نمیتوانـد خصوصا اگر تومور در جدار رحم جوانه زده باشد بـا u/s رحـم بـزرگ بـا یـک تومور متصل در جدار آن تثبیت میشود.

تداوی آن Bilatera salpingooophorectomy +Hysterectomy بطنی میباشد عواقب بد دارد. احتمال زنده مانـدن در آن بیشـتر از شـش مـاه نمیباشـد و امکان علاج آن در حدود ۳۰٪ وقایع موجود است.

اعراض و علائم کلنیکی

هنگامیکه نزد یک خـانم در صـفحه مینوپـوز خـونریزی رحمـی همـراه درد قسمت سفلی بطن و رشد سریع فیبروم طرح گـردد بایـد بـه حادثـه سـارکوما مشکوک شد. رحم بزرگ گردیده و با اجرای D+C عارضه سارکوما تثبیت میشود . با اجرای u/s بزرگ شدن سریع رحم تثبیت می شود . MRI و CT سرعت رشد تومور را مشخص ساخته، توسع و بزرگ شدن غدوات لمفـاوی را تثبیت میکند.

تـــــــداوی

در ســارکوما بایــد عــاجلا هســترکتومی ســازماندهی گــردد (همــراه Bilateral Salpingo oophorectoy خواهـد بـود). اگـر عنـق رحـم بـه آفـت

اشـتراک کـرده باشـد Lymphadenectomy هـم بایـد اجـرا شـود و علاوتـا رادیوتراپی خارجی را هم باید انجام داد و شـیموتراپی وقتـی اسـتطباب دارد کـه میتاستازهای بعیده مطرح بحث باشد.

استطباب هسترکتومی در کوریوکارسینومای رحم (۳)

۱. در وقایع High Risk درسن بلندتراز ۴۰ سالگی و نزد خانم های مولتی پار.

۲. هرگاه شیموتراپی موثر واقع نشود

۳. خونریزی هایی که از اثر تثقب رحم ادامه می یابند.

۴. هرگاه اندازهء تومور ویا حجم رحم کلان ترباشد.

۵. آفات تروفوبلاستیکی که در محل غرس پلاسنتا ایجاد شده و به تداوی های طبی جواب ندهد.

(۱) Endometriosis & Adenomyosis

اندومتریوزیز و ادینومیوزیز

اندومتریوزیز مرض مخصوصی است که با وجود داشتن طبیعت و سیر سلیم خود، دارای انتشار سریع قریبه و بعیده مانند تومورهای خبیثه و سرطانی میباشد. این آفت اعراض وسیع نظر به محل توضع خود داشته ولی با تداوی کاملا شفایاب می شود.وقوعات آن به اساس تسهیلات فراوان که برای تشخیص افت در دست است در سطح بلندی قرار دارد و در حدود ٪۲۰-۱۰ خانم ها در سن باروری به این آفت مصاب شده میتوانند. از نظر نژادی در نژاد سفید خصوصا جاپانی ها بیشتر تصادف میشود.

تعریف (۵)

حضور و موجودیت نسج اندومتریوم در محل خارج از جوف رحم بنام اندومتریوز یاد میشود. مرض در سنین ۲۵ تا ۳۵سالگی نزد خانم ها عمومیت دارد و عمدتا نزد خانم های NP و خانم هائیکه اولاد کم آورده اند دیده میشود، مرض در فامیلی هائیکه از نظر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در سطح بالاتر قرار داشته و تعداد محدود فامیلی دارند بیشتر شیوع دارد و هم چنین نزد خانم هائیکه دیرتر ازدواج میکند آفت بیشتر دیده میشود. بناء به تذکرات فوق چنین استدلال

میشود که بین تکرر سیکل های عادت ماهوار و ایجاد اندومتریوز یک رابطهء مستقیم شیوع آفت برقرار میباشد.

Pathogenesis

پتوجنزآن مشخص نیست ولی تئوری های ذیل را دراین زمینه طرح می کنند

۱- عبور خون عادت ماهوار به شکل ریتروگراد به طرف جوف رحم از طریق تیوب هادرصورتیکه حاوی حجرات زنده اندومترباشد.

۲- میتاپلازی اپیتلیوم سیلومیک.

۳- انتقال حجرات فعال اندومتر از طریق لمف و یا جریان خون که بیشتر سبب اندومتریوز مبعده می شود که در اعضای مانند چشم ، بینی وغیره جایگزین میشود.

اتیولوژی (۵)

۱- Sampson's implantation theory

۲- Coelomic Metaplasia theory

۳- Metastatic theory

۴- Induction theory

۵- immunological factor

۶- genetic factor

۷- Hormones

❖ Sampson's implantation theory

این تیوری توسط simpson در ۱۹۲۲ طرح گردید و اساس آن استوار است بر اینکه در هنگام عادت ماهوار یک مقدار خون از طریق تیوب به شکل رتروگراد بطرف جوف بطن انتقال میکند و این خون حاوی حجرات زنده اندومتریوم نیز هست که این حجرات بالای انساج حوصلی، پارامتر و مبیض ها جایگزین شده شروع به رشد و انکشاف میکند.اندومتریوز نزد خانم های جوان و خانم های که رحم های Retroverted دارند شیوع بیشتری باساس همین تیوری دارد و هم چنین فیصدی بلند واقعات نزد خانم های که پولی مینوریا دارند باساس همین تیوری بملاحظه رسیده میتواند.

❖ Coelomic theory

در سال ۱۹۱۹ دانشمند و محقق بنام Meyer تیوری تغییرات و میتاپلازی حجرات سطحی پریتوان را مطرح بحث قرار داد. قنات مولر هم از ساختمان مشابه به میزوتلیوم همین طبقه از سطحی پریتوان منشا میگیرد و باساس مطالعات خود دریافته است که تحول یک نسج به نسج دیگر یک امر امکان پذیر است.

❖ Metastatic theory

Halban در ۱۹۲۴ توضیح نموده که انتقال انساج و حجرات اندومتریوم از طریق اوعیه لمفاوی و دموی به نواحی دورتر مانند شش ها، سره، داخل انف، کرهء عین واعضاء چشم و غدوات لمفاوی حوصلی یک امر ممکن بوده و زمینه ساز اندومتریوز در انساج مربوطه می شوند.

❖ **Induction theory**

باساس این تیوری که توسط Merrill طرح شده است عقیده بر این است که نسج اندومتریوم حاوی مواد کیمیاوی است که قدرت تولید عارضه اندومتریوز را دارد ولی طرفداران این تیوری محدود بوده و اکثرا آنرا رد مینمایند.

❖ **Immunological factor**

حجرات مکروفاژ و Natural killer (NK) که در مایع پریتوانی موجود اند میتوانند سبب Modification سیستم ایمونولوژیک گردیده که این بنوبهء خود در انکشاف و رشد نسج اندومتریوز رول بارزی را بازی میکند.

❖ **Genetic**

حدود ۱۰-۱۵٪ خانم های که مصاب آفت اندومتریوز هستند منشا جنتیکی و یا فکتورهای مساعد کننده متعدد که در بروز عارضه دخیل دانسته شده اند دارا بوده و سابقه اندومتریوز در فامیل شان به ملاحظه رسیده میتواند.

❖ **Hormones**

اگر چه هورمون ها در بروز عارضه اندومتریوز رول ندارند ولی هنگامیکه عارضه نزد خانم تاسس نمود هورمون ستروجن در رشد و اندروجن ها در انحطاط آفت میتوانند رول ارزشمندی را بازی نمایند.

پتولوژی اندومتریوز حوصلی

همه تیوریهای فوق بر این اصل استوار است که عارضه اندومتریوز از اثر غرس حجرات اندومتر در پریتوان سطحی جوف حوصله بالای اورگانهای

مختلف بیشترین و شایعترین است که بعد از غرس شروع به رشد و انکشاف میکند و در هر عادت ماهوار تحت تاثیر استروجن به حجم و ضخامت آن افزوده شده و تحت تاثیر پروجسترون به مرحله افرازی رسیده و بعد از قطع پروجسترون شروع به پاشیدن میکند و خونریزی ناحیه را بار میآورد. تکرار این پروسه سبب می شود تا از سبب جذب خون و تشکل نسج فیبروز نهایتا التصاق احشای حوصلی بمیان آید.

محل اندومتریوزیز

معمولترین محل توضع آفت پریتوان ،جوف دو گلاس، کولون سگموئید و uterovesical pouch میباشد. رباط رحمی عجزی ضخیم و نودولیر میگردد، هم چنان در حذای سره، اپیزیوتومی و ندبه های بطنی، شش ها و بصورت نادر درحذای چشم وبینی نودول های میتاستاتیک میتوانند توضع ،انکشاف و رشد کنند.

Pathology

○ تکه های کوچک سرخ تیره و یا آبی رنگ که خفیفا به نسج ارتباطی خود غرس گردیده اند بملاحظه می رسند.

○ منظره شعله های زبانه کشیده آتش از اثر extra vasation خون بملاحظه می رسد.

○ در مراحل بعدی یک ساحه متکمش و التوادار متمایل به رنگ سیاه که در حقیقت تشکل فیبروز در ناحیه است تاسس میکند.

○ ساحه شفا یافته به رنگ سفید مایل یا زرد مایل مشابه به سوختگی با پودر باروت منظره نشان میدهد.

Chocolate cysts : این ها عبارت از کیست هائی اند به اندازه های مختلف که دارای رنگ سیاه نصواری و یا متمایل به سیاه رنگ بوده و به احشای مجاور خود التصاقی اند که جدا ساختن آن با مشکلات همراه میباشد. هرگاه در جدا سازی آن توجه لازمه نشود در جدار آن تمزق رونما گردیده و مایع نصواری رنگ غلیظ از آن خارج میشود. جدار داخل این کیست ها دارای التصاق وعائی سرخرنگ میباشد از نظر هستوپتولوژی انساج اندومتر در داخل آنها دریافت نمیشود. در عوض حاوی حجرات Columnar و حجرات بزرگ Polyhdral که دارای رنگ نصواری اند که بنام Pseudoxonthoma یاد میشود، دریافت میگردد.

تیوب های رحمی توسط پروسه فیبروز بلاک گردیده و عقامت را سبب میشود.

تصنیف

موسسه Fertility society امریکا باساس محل توضع، وسعت آفت و سرعت انتشار اندومتریوز را به شکل کوچک، متوسط ، شدید و وخیم تقسیم نموده است.

اعـراض و عـلائم کلنیکی اندومتریوز حوصلی (۱۰)

طوریکه گفته شد نظر به محل توضع، اندازه و حجـم و بـالآخره مـدت دوام عارضه اندومتریوز کریتریای ذیل بملاحظه رسیده میتواند. سن شـیوع آفـت ۲۵-۴۵ سالگیست.

۱- دیسمـیـنـوریـا.

۲- درد مبهم بطنی(باستثنای اینکه اگـر تمـزق کیسـت chocolate مطـرح باشد درد شدید بوصف خنجر زدگی دارد).

۳- dyspareunia میتواند متوسط و یا حتـی خیلـی شـدید باشـد خصوصـاً اگر بعد از سن بیست سالگی رخ دهد و با COC جواب ندهد.

۴- مینوراجی یا پولی مینوریا از اثر احتقان حوصلی، اشتراک مبیض هـا بـه آفت و یا اشتراک با آفت ادینومیوزیز بملاحظه رسـیده میتوانـد. (Spating) در ۱۰٪ وقایع).

۵- دردهای مزمن حوصلی.

۶- عـقـامـت. (۳۴-۴۰٪ خانم های عقیمی که لاپراسکوپی شـده انـد بـا عارضه مصاب بوده اند).

۷- اعراض بولی مانند هماچوری دوره ای و درد در هنگام تبول.

۸- اعراض مقعدی مانند تخریش، خونریزی وغیره.

۹- اعراض ریوی مانند هیموپتزی دوره ای و غیره.

شکل خفیف اندومتریوز شاید بدون اعراض بوده و یا سبب عقامت گردد.

دیسمنوره : مهمترین عرض بوده که معمولا دو روز قبل از عادت ماهوار شروع شده و در تمام طول عادت ماهوار و حتی تا بعد از ختم آن ادامه می یابد معمولا یک درد مبهم بوده و بعضا هم میتواند مشتعل گردیده به شکل یک درد کولیکی که مترافق با کمر دردی میباشد تبارز نماید و این دردها هر قدر که آفت وسعت پیدا کند پیشرفته تر و وسیع تر میگردند مصابیت اعصاب حوصلی سبب انتشار درد به طرف پاها نیز میگردد.

دیسپارونیا: دیسپارونی عمیق از اثر مصابیت رباط uterosacral و جوف دو گلاس به آفت نزد مریضه بوجود میآید و هم تاسس اندومتریوز در ناحیه اپیزیوتومی نیز سبب dysparonia سطحی میگردد.عقامت در حدود ۲۰-۴۰٪ وقایع اندومتریوز دیده شده میتواند.

اعراض دیگر شامل احساس درد با دخول عمیق هنگام مقاربت جنسی، عقامت ،خونریزی های نامنظم هنگام سیکل تحیض و اعراض غیر نسایی مانند تکرر ادرار، فوریت ادرار ، انتفاخ بطن و نادرا موجودیت خون روشن در مدفوع و موجودیت خون در ادرار دیده میشود.

علایم : معاینات دودستی مهبلی (Bimanual examination) و معاینه مقعدی مهبلی ممکن عقدات (Nodularity) و حساسیت موضعی ناحیه رحمی عجزی را اشکارسازد. فیبروز های که در نتیجه اندومتریوزیر بوجود میاید میتوانند سبب تثبیت و بعقب برگشتن رحم و یا انحراف رحم و عنق رحم شوند. معاینه دو دستی مهبلی میتواند یک پری نا

متناقص و غیر همسان حوصله را از سبب انـدومتریوما سسـتیک تخمـدان در فورنکس ها به اثبات برسـاند و مریضـان هنگـام معاینـه ربـاط رحمـی عجزی و رباط پهن از حساسیت و درد موضعی شکایت نمایند

تشخیص

تشخیص با استفاده از وسائل و تجهیزات ذیل امکان پذیر است.

۱- سـونـوگرافی

۲- serum CA 125

۳- لاپـراسـکوپی

- با عمل سونوگرافی: یک کیست اندومتریوتیک با تکـاثف بلنـد و جدار ضخیم قابل رویت است.
- Serum CA 125 که یک انتی جن سطح حجروی بوده و یک گلایکوپروتین است و تاحد 35u/ml بلند مـی رود ولـی واقعیـت امر اینست که بـرای تشـخیص آفـت وصـفی نیسـت و میتوانـد در آفات مانند PID، تومورهـای اپیتیـل مبیضـی و توبرکلـوز حشـوی داخل بطن نیز بلند رفته و تست مثبت شود.
- لاپراسکوپی: یک وسـیله تشخیصـیه عـالی بـوده در پهلـوی اینکـه میتوانیم تشخیص را نهائی بسازیم برای تداوی جراحی و برداشـتن آفت در عین زمان نیز از آن استفاده برده میشود.

تشخیص تفریقی

نظر به اینکه تعداد زیاد امراض و آفات خصوصا در قسمت حوصله وجـود دارند که دارای اعراض و علائم مشابه بوده لذا در تشخیص تفریقی باید مـد نظـر گرفته شود که عمدتا عبارتند از:

۱- انتانات مزمن حوصلی (PID).

۲- تومورهای مبیضی.

۳- فیبروم های رحمی و ادینومیوزیز.

۴- کیست های تدوری و یا متمزقه تخمدان ها.

۵- کارسینوما و دیورتیکولیت رکتم.

۶- پاپیلومای مثانه.

۷- دردهای مزمن حوصلی خصوصاازاثر واریکوزاوردهٔ حوصله.

بـا اعـراض متفـاوت و وسـیعی کـه در لوحـه کلنیکـی انـدومتریوز بملاحظه می رسد تشخیص دقیق آن کاریست بس مشکل.

PID مزمن از نظر تاریخچه و دریافتهای کلنیکی در حوصله با انـدومتریوز خیلی مشـابهت دارد بـا u/s علائـم مشخصـه و وصـفی تشـخیص وجـود نـدارد . لاپراسکوپی نه تنها قادر به نشان دادن این نـوع آفـت پتولوژیـک حوصـلی بـوده بلکه به حیث یک پروسیجر بمقصد تداوی آفت نیز کاربرد دارد.

تومورهــای مبیضــی ســبب اعــراض دورهٔ عــادت مــاهوار نگردیــده و dyspareunia را بوجود نمیآورند.

تمزق کیست های چاکلیتی و تومورهای تدوری مبیضی اعـراض و علائـم مشابه به اندومتریوزیز دارند که باید در تشخیص تفریقی مدنظر باشد. خوشبختانه

تداوی شان مشابه بوده و جراحی است. اگر چه تومورهای فیبروئید رحم میتوانند اعراض و علائم مشابه اند و متریوزیزداشته باشندولی حساسیت یا tenderness رحم مانند اندومتریوزیز نیست.

تداوی اندومتریوز حوصلی

I. شکل بدون عرض و یا شکل خفیف آفت

۱- اولا مریضه ۶ ماه زیر نظردقیق قرار داده شود.

۲- عارضه عقامت نزد مریضه بررسی گردد و اگر علت عقامت مریضه اندومتریوزیز باشد تداوی لازمه شود.

I. شکل اعراض دار آفت

- تداوی هورمونی
- جراحی های کوچك و کمتر مهاجم
- جراحی جذری
- تداوی های مختلف
- <u>تداوی هورمونی</u>

۱- COC (Combined oral contraceptive): ابتدا توسط kistner مورد استفاده قرار گرفته است. COC سبب اتروفی نسج اندومتر شده و در نتیجه اندومتریوز به طرف شفا می رود این گروپ ادویه بشکل دوره ای یا حتی دوامدار بمدت ۶ ماه داده میشود. (٪۴۰-۳۰ شفا را در پی دارد)

۲- پروجسترون نظر به ستروجن مناسب تر بوده و اعـراض جـانبی کـم تـر دارد.

- Norethisterone بمقدار ۲-۵ ملیگرام روزانه.
- Medroxyprogosteron 10-30mg/D و یـا 100-200mg هـر دوهفته یک مرتبه. در حدود ٪۸۰-۵۰ وقایع کـه Asymptomatic باشند شفایاب و در ٪۵۰-۴۰ وقـایع امکـان حـاملگی هـم موجـود میباشد.
- Gestrinone بمقدار 2-5mg هفته دو دفعه کمترین عوارض جانبی داشـتـه و در حدود ۹۰-۸۰ موثریت مطلوب دارد. تداوی دوامدار با آن زمینهء اعـراض postmeneuposale فـراهم گردیـده و باعـث اوستیوپوروزیز نیز شده میتواند از Anosl nrazal بمقـدار 1mg/D برای ۶ ماه استفاده شده و اوستیوپوروزیز هم تاسس نمیکند.

۳-ادویـه ضـد انفلامـاتوری غیـر سـتروئیدی مانـند Meftal 500mg و یـا Naproxin سبب شفایابی دیسمنوره شده می تواند.

۴- اندروجن ها: مثلاً Danazul به مقدار 800mg بـه دو دوز بـه مـدت ۶ مـاه 70-80% وقایع موثر است.

۵- Letrozul: از اثر نهی H.P.O Axis به مقـدار 2.5 mg روزانـه همـراه ۰۰ 8 یونت ویتامین D و کلسیم برای شش ماه موثریت خوبی دارد.

۶- Clomiphene: برای تحریک تبیض داده میشود.

۷- Gn RH: برای ۶ ماه، هر ماه 3.6mg/m به شکل زرقی و یا ۲۰۰-۴۰۰ مایکروگرام روزانه به شکل intera nasal در 70-90% وقایع اعراض را منفی میسازد.

۸- NSAIDs: Meftal 500g و Naproxin در جریان عادت دیسمنیوره را معدوم میسازد.

b- جراجی های کوچک و کمتر مهاجم

- لاپراسکوپی و کوترایزیشن با Laser
- کشیدن Cyst
- Adhesiolysis
- Sacral Neurectomy
- LUNA:(Laparoscopic Utero Sacral Nerve Ablation)

c- Canvential Surgery یا جراحی جذری

- کشیدن کیست چاکلیتی
- سلپنگواوفورکتومی
- هسترکتومی و اوفورکتومی دو طرفه (B.S.O)

d- تداوی های مختلف

- I.V.F: در خانمهای جوان که تیوب ها بلاک باشند میتواند زمینه حمل را میسر سازد.
- H.R.T: در وقایعییکه هر دو مبیض در خانمهای جوانتر از ۵۰ سال برداشته شده باشد در تداوی تعویض هورمونی ضرورت اشد است.

Malformation of the femal genital Tract
سوء اشکال اعضای تناسلی

رشد و انکشاف تخمدان ها و دستگاه تناسلی نزد رشیم مونث یک وتیرهء کاملاً مغلق و پیچیده بوده که هورمون ها، کروموزوم ها و عوامل محیطی در آن تاثیرات خاص خود راوارد میکند. نقیصه در رشد و انکشاف یک عضو یا یک سیستم ممکن است تاثیرات ناگواری را بالای اعضای دیگر بگذارد. روی این اصل هرگاه ژینکولوجست ها یک نقیصه یا معیوبیت را در دستگاه تناسلی جنسی مونث مشاهده نمودند لازم است که سیستم بولی هم بدقت از نظر معیوبیت بررسی گردیده تا اگر نقیصه موجود باشد دریافت شود.

بعضی از معیوببت ها جزئی و کوچک بوده و کدام اعراض کلنیکی را عائد نمیشوند درحالی که بعضی معیوبیت ها صریح و مشخص بوده که حتی باعث تولید عوارض مشخص نسایئ ولادی می گردند. بعضی از انواع این انومالی ها اصلاح پذیر نبوده و صرفاً برای رفع مشکلات روانی و جنسی خانم مداخلات انجام شده وتا اندازه امکان اصلاح میگردد. اگر چه مداخلات جراحی اصلاحی با لای سیستم تناسلی خانم ها در این اواخر رشد قابله ملاحظه ای داشته است (خصوصاً بالای مهبل ورحم) و نزد خانم هایی که قبلاً غیر قابل علاج بودند با جراحی های مختلفه در مراحل مختلف یک زندگی نارمل جنسی را برای شان فراهم ساخته است.

رشد و انکشاف گونادها در مراحل رشیمی جنینی

Gonads: جوره‌ء کروموزوم جنسی دریک تخمه القاح شده، رشد و انکشاف گونادها را در رشیم تعیین میکند.

کروموزوم جنسی y سبب رشد و انکشاف خصیه ها گردیده که بصورت مستقیم بالای سیستم قنات wolffes اثر گذارده و رشد این سیستم را باعث میشود که در نتیجه‌ء رشد آن ، سیستم تناسلی و اعضای تناسلی جنسی خارجی به شکل مردانه رشد وانکشاف می نماید.

خصیه ها مسئولیت تولید دو نوع هورمون را در این مرحله به عهده دارند.

۱-فکتورهای نهی کننده رشد قنات مولر (MIF) Inhibitory Factor Mullerien که بصورت مستقیم مانع رشد قنات مولر که مسئول تولید دستگاه تناسلی جنسی زنانه است میگردد.

۲- تولید تستوسترون که مسئول رشد و انکشاف اورگانهای تناسلی جنسی و فینوتیپ مشخص مردانه میباشد عدم تولید تستوسترون نزد جنسیت مرد سبب تشکل Testicular Feminizing syndrome میگردد.

کروموزوم x x یا عدم موجودیت کروموزوم y سبب رشد تخمدان ها میگردد . کروموزوم (xo) سبب رشد تخمدان ها ئیکه یاحاوی تعداد محدودی primordial follicul بوده ویا قطعا ندارد (Turner;s Syndrom) میگردد .در عدم موجودیت MIF در جنسیت مردانه رشد قنات مولرادامه پیدا نموده تا جائیکه رحم وحتی قسمتی از مهبل هم ممکن است نزد مرد تشکل نماید.

در حدود هفته ششم حیات رشیمی دریک رشیم مئونث دوتبارز در حذای دو طرف قسمت ظهری رشیم در سر خط متوسط پدیدار شده که در حقیقت همان تخمدان های آینده خانم می باشد (این برآمده گی و تبارزات همسطح محل کلیه ها قرار دارند).

Germ cells که ازحجرات اندودرم Yalk sac منشأ گرفته اند بامتداد dorsal mesentery مهاجرت نموده و داخل تبارزات جینیتل (genital ridge) میگردد. ازطرف دیگر حجرات سلومیک اپتیل به قسمت Cortix تجاوز نموده و germ cells را احاطه می کنند ،که این پروسیجر باعث تشکل Primordial Fullicules میگردد.بیشترین تعداد از این فولیکول های ابتدائی معروض به استحاله گردیده و تا هنگام ولادت در حدود ۲ میلون آن در هر دو تخمدان باقی می مانند و عملیهء استحاله و تخریب فولیکول ها بعد از ولادت دختر خانم بازهم ادامه یافته و در زمان بلوغت به تعداد ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار باقی می مانند که ۳۰۰ تا ۴۰۰ عدد آن در جریان دوران باروری پخته گردیده و قابلیت پذیرش سپرم را دارند.التوای جنسی پریتوان با تماس قسمت علوی تخمدان بداخل رباط Infundibulum pelvic رشد نموده و حاوی اوعیهء مبیضی میباشد . التوای جنسی با تماس به قطب سفلی مبیض ها مثابه بهGubernaculum خصیه ها عمل نموده و زمینه پایین آوردن تخمدان هارا از ناحیهء قطنی به زمین حوصلی مساعد میسازد. قسمت Distal قنات Muller درتشکل رباط مدور و قسمت Proximal آن درتشکل رباط مبیضی رول اصلی و اساسی خود را بازی میکند. بدین ترتیب تخمدان ها در سطح Brim علوی

حوصله پایین آمده و به تدریج به دو طرف رحم نزدیـک جـدار جنبـی حوصـله موقعیت آنها تثبیت میگردد.

رشد و انکشاف قنات مولر

قنات مولر در هفته هفتم رشد داخل رحمی رشـیم در نزدیـک گونادهـای ابتدائی که بنام Paramesonephric duct هم یاد میشـود عـرض انـدام میکنـد، قنیوات مولر بیشتر به طرف ذنب رشد نموده در سـر خـط متوسـط مغشـوش و بـه خوبی مشخص شده نمی توانند . نهایت آزاد و یاراسی آنها سـبب تشـکل تیـوب های (نفیرها) رحم گردیده در حالیکه ازنهایت ذنبی یا Caudal آن در سـر خـط متوسط در داخل ، رحم و $\frac{1}{3}$ علوی مهبل رشد میکند و نهایت ذنبی قنـات مـولر که بنام Mullerian Tubercule یاد میشود به شکل یک نوار حجرات Solid در داخل سینوس Urogenital تبارز می نماید قسمت متوسط آن همراه با رشـــــد حجروی منجر به تشکل Sino vaginal bulbus میگردد که بعداً قسمت سـفلی مهبـل از آن سـاخته میشـود . Hymen از محـل اتصـال Sinovaginal bulbus و Urogenital sinus بوجودمیاید. کلیتـوریس از Genital tubercul (GT)کـه از میزودرم مشتق شده ساخته میشود. از این G.t یک التوای جینتیل بطـرف وحشـی خلفی بـه Urogenital sinus رفتـه و شـفه هـای کبیـره را میسـازد. بـین التـوای genital cloacle membrane به طرف پایین یک شکستگی ایجاد گردیده و سبب تشکل شفه های صغیره در هفته ششم رشیمی میگردد ودر نهایـت غـدوات بارتولین از رشد Urogenital sinus به طرف پایین تشکل می نماید.

بنابه تشکل ساختمانی مغلقی که در پروسه رشد وا نکشاف اعضای تناسلی داخلی و خارجی توضیح گردید ، لذا درهر مرحله از اثر مداخله عوامل جنتیکی ،هورمونی ومحیطی ممکن جریان رشد به تاخیر افتاده و زمینه انومالی های اعضای مربوط مساعد گردد.

انومالی های ممکنه قنات مولر

مولف Jones انومالی جهازتناسلی خارجی وداخلی را نز دجنس مونث قرار ذیل دسته بندی نموده که امروزه هم با آن موافقه کامل وجود دارد.

۱- Aplasia

● اپلازی تخمدان ها ازسبب Turnere syndorm ایجاد میگردد .

● در انومالی های قنات مولر عدم تشکل رحم و رحم های یک قرنه مطرح میباشد.

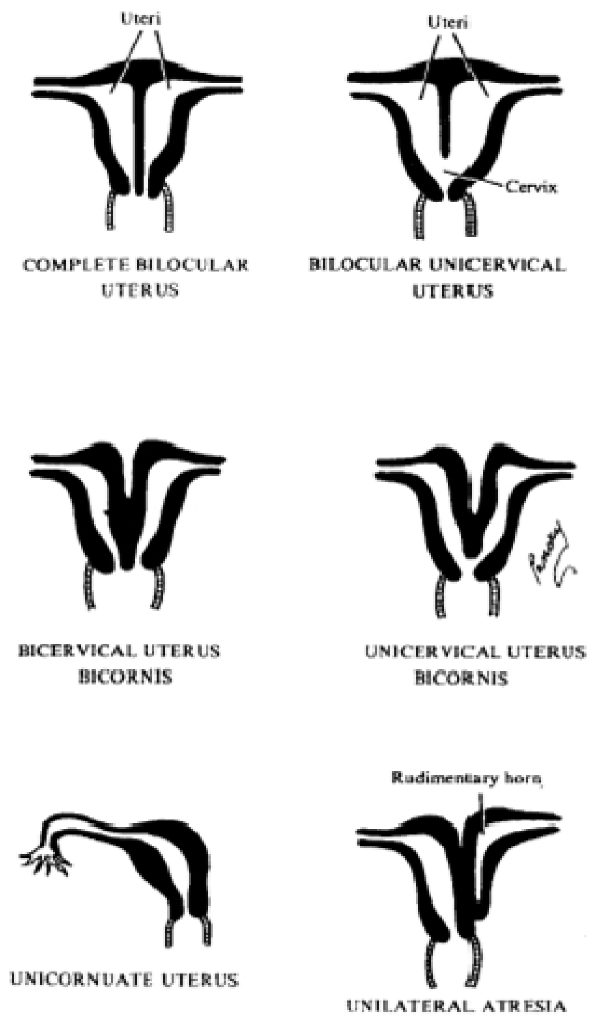
● عدم تشکل مهبل از سبب Rokitansky-kuster hauser syndrome و Testicular Feminising syndrome و غیره بوجود آمده میتواند .

۲- Hypoplasia

که در نهایت سبب رحم های هیپوپلاستیک و یا Rudiumentay horne (قرن رحمی تیوب مانند) میگردد.

۳- Atresia

که رحم دارای قرن جامد بدون جوف بوده در یک تعداد وقایع رحم با یک قرن که حاوی تجمع خون در داخل آن (Heamatometra) بوده ، میتواند عرض اندام کند.علاوتاً ممکن است اتریزی مهبل ویا غشای بکارت غیر مثقوبه درین عارضه بوجود آید.



شکل(۱۸) Congenital uterine abnormalities (۲)

نزد جنس مذکر Pseudo hermaphroditism

جنیتیک این افراد مشابه جنس مـذکر میباشـد(گونـاد هـا خصـیتان را تشکیل میدهند) لاکن خصوصیات اعضایی تناسـلی خـارجی شـباهت بـه جـنس

مونث دارند و بشکل Hypospadiasis و یا بشکل ترکیب ناکامل از چین های Urogenital با Labioscrotal ساخته شده اند و نمونه آن سندروم تورنر میباشد.

منظره کلینیکی سندروم تورنر (Turner's syndrome) (۷)

نمای کلاسیک سندروم تورنر عبارت است از

- قد وقامت کوتاه (کمتر از ۵۸ انچ) که خیلی ها مهم است
- مساحت وسیع هاله رنگی نوک پستان ها
- گردن حجاب دار

علاوتا منظره این سندروم شامل:

۱. زنخ کوتاه
۲. متبارز شدن چین Epicanthial چشم ها بطور اغراق امیز.
۳. گوش ها پایین تر از محل نارمل اناتومیک خود قرار دارد
۴. کاهش شنوایی از نوع حسی
۵. التهاب گوش متوسط و کری ناقله
۶. سرحد رویش موی ها در خلف گردن پایین تر قرار خواهد داشت
۷. کور رنگی
۸. افزایش قوس یا محدبیت کام
۹. قفسه صدری سپر مانند
۱۰. کاهش رشد پستان ها
۱۱. انومالی های قلبی
۱۲. استخوان Metacarpal چهارم کوتاه

۱۳. موجودیت Cubitus valgus

۱۴. ناخن ها محدب و رنگ دانه های متعدد Naevi در بالای جلد دیده میشوند

۱۵. انومالی های کلیوی موجود میباشد

فرد هوش و ذکاوت نارمل را خواهد داشت ، لاکن توانائی حس اشکال و تمایز اشیا از همدیگر را ندارد (ممکن از سبب کاهش بینایی).

در دوران کهولت: این مریضان متمایل اند به

۱. تشوشات سیستسیم ایمینی

- Hashimoto thyroiditis
- مرض Addison.s
- Vitiligo

۲. سرطان امعا غلیظه

۳. فرط فشار خون

۴. Diabetes

۵. تشوشات غدوات درقیه

- تغیرات در استخوان ها مانند پکی استخوان

در سندروم تورنر باید همیشه معاینات کریوتایپ برای احتمال دریافت هرقسمتی از کروموزوم Y انجام شود اگر کروموزوم Y دریافت شد عملیات جراحی برای برداشتن خصیتان انجام شود تا از بروز تومور حجرات جرمینال جلوگیری شود

تداوی

- هورمون رشد برای افزایش قد مریض تجویز گردد.
- تجویز استروجن از سن ۱۲ – ۱۳ ساله گی برای شروع تحیض در نظر گرفته شود.
- در صورت ضرورت پروجستین برای وقایه از اندومتریل هایپرپلازی به رژیم تداوی علاوه شود.

نزد جنس مونث Pseudo hermaphroditism (۷)

جنیتیک این افراد مشابه خانم ها است (تخمدان ها گونادها را تشکیل میدهند) لاکن اورگان های تناسلی خارجی مردانه بوده طوری که کلیتورس هایپرتروفیک و بعضی از درجات منظره بولی تناسلی با چین های labioscrotal دیده میشود.

اسباب

- هایپرپلازی ولادی غده فوق الکلیه
  ۱. عدم کفایه 21 Hydroxylase
  ۲. عدم کفایه و کم بود 11β Hydroxylase
  ۳. عدم کفایه 3β Hydroxysteriod Dehydrogenase
  ۴. افزایش سویه اندروجن ها در دوران خون
- سندروم عدم حساسیت مقابل اندروجن ها (غیر نارملی های اخذه های اندروجن): مانند عدم کفایه و کمبود 5 α Reductase
- نقص در تولید هورمون تستوستیرون :

- ✓ عدم کفایه 3β Hydroxysteroid Dehydrogenase
- ✓ عدم کفایه 17β Hydroxylase
- ✓ عدم کفایه 17β Hydroxysteroid Dehydrogenase
- هایپوپلازی شحمی ولادی غده درقیه
- خصیتان مقاوم به گونادوتروپین
- عدم کفایه هورمو ن Anti Mullerian

Klinefelter syndrome

۱. به تناسب ۱:۵۰۰ واقعه نزد جنس مذکر دیده میشود

۲. کاریوتایپ این سندروم 47XXY بوده (یک بار بادی موجود میباشد)

۳. فینوتایپ این سندروم مشابه جنس مذکر است

۴. گوناد ها یعنی خصیتان کوچک بوده لاکن در موقعیت نارمل خود قرار دارند

۵. اندازه قضیب کوچک ویا نارمل میباشد

۶. Gynaecomastia به وضاحت دیده میشود

۷. عقامت معمول است

۸. تون اواز شان بلند بوده لاکن ظاهر مخنث یا خنثی را دارند

۹. مریضان از نظر روحی روانی ناقص و مرتکب جنایات میشوند

۱۰. بیوپسی خصیتان انحطاط هیالینی قنات های seminiferous و رشد زیاد حجرات leydiq را نشان میدهد که دلیل و نشانه خوبی برای عقامت است

۱۱. فرد باید مانند یک مرد (جنس مذکر) در اجتماع ظاهر شده رشد و تحصیل نماید

●تداوی با هورمون تستوستیرون کمک کننده است

نوت: چون خصیتان در سندروم کلین فلتر مائوف اند بنابر این سویه هورمون تستوستیرون در دوران خون کم میباشد .

- تخمدان ها:عدم تشکل و یا تشکل ناقص تخمدان ها معمولاً متصف است به سندروم تورنر و ساختمان کروموزوم مریضه XO میباشد.
- Mullerian duct aplasia: این پرابلم معمولاً مترافق با عدم تشکل کلیه ها بوده که با حیات سازگاری ندارد.
- رحم یک قرنه (uni cornuate uterus):که در حقیقت با اپلازی نیمه طرف دیگر رحم همراه بوده معمولاً سبب Dysmeanorrhea، عقامت، سقط ،ولادتهای قبل المیعاد، تاخر رشد داخل رحمی جنین(IUGR) نظربه حجم رحم و درجه پیشرفتگی آفت گردیده که دریک تعداد وقایع با انومالی های کلیوی همراه بوده میتواند.
- عدم موجودیت رحم و مهبل: در Testicular feminizing syndrome یکی از اشکال انومالی های مهبل و رحم بوده که از نظرسریری مشکل مناسبات جنسی را سبب میشود.
- Vaginual Aplasia: این عارضه بشکل تام یا قسمتی به ملاحظه رسیده میتواند یعنی یا خانم اصلاً مهبل ندارد ویا اینکه خیلی ها کوچک و باریک و یا اینکه حجاب دار بوده که با اپلازی یک طرفه رحم همراه میباشد. رحمRhodimantaire،یا اینکه بدون فعالیت ووظیفه بوده و یا اینکه وظایف خیلی نادر و کم دارد (خانم عادت ماهوار نمیشود) صرف در ٪۷ وقایع شاید رحم اجرای وظیفه کرده بتواند که درحقیت نزد

دختر خانم هماتومترا(از سبب تجمع خون عادت در خلف مهبل مسدود شده) بوجود میآید .

Rokitansky kouster Houser syndrome: کـه در حـدود ٪۳۰-۲۰ وقایع با انومالی های اسکلتی عضویت و کلیه ها مترافق بوده بـه ملاحظه رسیده می تواند. عارضه اسباب متعدد داشته و پروسه ارثیت نیـز رول اساسی درزمینه دارد. خانم امینوره داشته نسبت اینکـه تخمـدان هـا وظیفه اجرا می کنند ثدیه ها رشد نارمل خـود را دارد. انومـالی اسـکلیتی نزد خانم مشهود بـوده و بـا اجـرای سـونوگرافی عـدم موجودیـت رحـم تثبیت میگـردد. بـا اجـرای عملیـات وظـایف رحمـی قابـل ارجـاع نبـوده وصرف یک مجـرا بـرای فعالیـت هـای جنسـی نـزد خـانم ایجـاد کـرده میتوانیم (Vaginoplasty) . با استفاده ازتکنیـک Frank monosurgical که درحقیقت توسع دوامدار مهبل هر روز دو مرتبه بـرای (۲۰دقیقـه) در طول شش ماه با یک توسع دهنـده بـه تـدریج نـزد مریضـه مهبـل ایجـاد میشود که برای مناسبات جنسی آماده باشد در صورت عـدم موفقیـت بـه Vaginoplsty توسل ورزیده شود.

Vaginoplasty: عبارت از ایجاد مهبـل بـین جـدار خلفـی مثانـه وجـدار قدامی رکتم میباشد . بعد از ایجاد فضای مناسب با گذاشتن گرف مکمل از جلد یک پارچـه Spongy کلولـه و طـولانی در داخـل فضـای مهبـل گذاشته شـده و بـرای ۲-۱ هفتـه حفـظ میگـردد، امـروزه عـوض گـرف جلدی از Amnion نیزاستفاده شده میتواند خانم دهنده باید ازنظر HIV

منفی باشد. در وقایع که هماتوکولپوس موجود باشد باید ابتدا آنرا تخلیه نمود وبعداً به Vagino plasty اقدام گردد.

Hypoplasia

هیپوپلازی معمولاً در رحم های رودیمانترویا قرن رودیمانتر رحم به ملاحظه می رسد (درصورتیکه یک طرفه مطرح بحث شود) معمولاً رحم های رودیمانتر سبب اولیگو مینوره، دسمینوره وعقامت میگردند. قرن رودیمانتر رحم ندرتاً سبب obstructive labour شده در صورتیکه قرن رودیمانتربا جوف اصلی رحم ارتباط نداشته باشد خون در رحم رودیمانتر جمع گردیده و سبب تشکیل هیماتومترا واندومتریوز حوصلی شده میتواند. علاوتاً این نوع رحم ها سبب حمل خارج رحمی در داخل قرن رودیمانتر گردیده که ممکن است در ماه های ۴-۳ تمزق نماید برای حل مشکل مریضه برداشتن قرن رودیمانتر ذریعه عمل جراحی ضروراست انجام شود.

Atresia غشای بکارت :غشای بکارت غیر مثقوبه سبب کرپتومینوریا (مریضه عادت میشود ولی مجرای خروج ندارد) که به تدریج منجر به تشکل هماتوکلپوس ،هیماتومترا و هماتوسلپنکس گردیده و در نهایت اندومتریوز حوصلی را باعث میشود.

اگرخانم جوانیکه ۱۴-۱۶ ساله باشد هرگاه از نظر کلینیکی نزد وی درد قسمت سفلی بطن به صورت سیکلیک عاید شده وبا معاینه یک کتله مبهم حساس در قسمت سفلی بطن جس گردد و خصوصااگر مثانه خالی باشد به این عارضه باید توجه داشت. با معاینه مهبلی یک تبارز نصواری رنگ در حذای

Vulva بملاحظه رسیده که دلالت به غشای بکارت غیر مثقوبه می کند در واقعاتیکه Vaginal septum مطرح باشد یک غشای متبارز سفید رنگ در ناحیه مسدود قابل دید است. با اجرای u/s از فیبروم رحم، حاملگی و Cyst مبیض می توانیم تشخیص تفریقی وضع کنیم. وعلاوتاً اگر انومالی بولی مطرح باشد قابل تشخیص اند.

تداوی آن شق نمودن غشای غیر مثقوبه بکارت بوده که در نتیجه خون سیاه رنگ، غاز دارو چسپنده، خارج میشود برای مریض انتی بیوتیک داده شود و سیستم سیکل عادت ماهوار آن در ماه های بعدی زیر کنترل باشد که عادتاً اصلاح خواهد شد.

حجاب مهبلی ضخیم معمولاً تداوی مشکل تر را داشته فقط ابتدا خون هماتومترا دریناژ شده و سپس مریض برای عملیات Vaginoplasty آماده شود قابل یاد آوریست که اتریزی یک طرفه قسمی که زمینه ساز هیماتوکولپوس و هماتومترا شده باشد نیز ندرتاً بملاحظه رسیده می تواند.

اتریزی عنق رحم عارضه نا در بوده و تداوی آن خیلی ها مشکل است. از نظر طبابت ولادی نسایی توصیه هسترکتومی به این مریضان بهترین انتخاب است.

انومالی دیگر قنات مولر عبارت اند از:

۱-انومالی قنات مولر به شکل اپلازی، هیپوپلازی، اتریزی و نقیصه در امتزاج و یکجا شدن قنات مولر از دو طرف، درینصورت با هستروسلپنگوگرافی عارضه تشخیص میشود. هستروسکوپی ارزش بلندی در تشخیص و بعضاً حتی تداوی این آفات در این اواخر دارد و باشکال ذیل تصادف شده می توانند.

(a) رحم دو قرنه (uterus didelphys)

هنگامیکه هر دو قنات مولر در تمام طول با هم یکجا نگردیده و جدار بین آنها هضم و ذوب نشود این اصطلاح به کار برده می شود

۱. در حدود ۵٪ انومالی های رحمی را تشکیل می دهد.

۲. از اثر عدم انحلال و یا به عبارت دیگر تشوش در انحلال دوقنات مولر به جود می آید.

۳. موجودیت دو عنق رحم(Bicollis) بیشتر قابل ملاحظه است.

۴ . بسیار به ندرت ممکن است دو مهبل و حتی دومثانه، دواحلیل ویا دورکتوم نزد مریضه دیده شود.

۵. معاینه کلینیکی و HSG تشخیص را دقیقاً مشخص کرده می تواند از نظر تداوی باید نزد مریض Pap smeare گرفته شده (از هر عنق جداگانه) و IUCD به هر کدام از رحم ها تطبیق گردد. پرده یا Septum مهبلی اگر سبب dysparonia گردد باید برداشته شود.

(b) Uterus Bicornois Bicollis

مهبل یک عدد یا واحد بوده ولی رحم دارای دو قرن جداگانه که توسط یک پرده یا جدار از هم جدا شده اند با دو عنق در داخل یک مهبل باز شده است.

(c) Bicornuate uterus

رحم دارای دو قرن بوده که توسط یک عنق واحد در داخل مهبل باز شده هر دو قرن رحمی می توانند معادل هم بوده ویا اینکه یکی از آن بزرگ و دیگری به شکل رودیمانر و کوچک بوده و به اتریزی معروض شده باشد.

۱. در حدود ۵٪ انومالی های رحمی را می سازد.

۲. یک قسمت از حجاب بین دو قنات مولر بدون حل شدن باقی میماند.

۳. غور رحم مقعر وزاویه دار بوده ولی مهبل طبیعی است.

۴. جدا بودن قرن های رحمی می تواند کم، قسمی ویا مکمل باشد.

۵. دوام حاملگی می تواند طبیعی باشد ولی اعتلانات معیوبه به فیصدی بلندتری نزد این خانم ها می باشد.

(d) Septat uterus

۱. غور رحم توسط Septum بدوقسمت جدا گردیده لاکن هر دو قرن در داخل جوف واحد رحمی قرار دارند.

۲. بیشترین فیصدی انومالی های رحمی را می سازد(۹۰٪)

۳. از رشد نقیصه کانالیزیشن و یا جذب حجاب بین دو قنات مولر به وجود می آید.

۴. در وجه خارجی خود، رحم نارمل دیده می شود.

۵. فیصدی وقایع سقط در این نوع رحم ها بلند است

(e) Unilateral aplasia

درینحالت رحم دارای یک قرن و یک جوف واحد میباشد که معمولاً حجم کوچکتری میتواند داشته باشد زیرا یک Horn رحم انکشاف نکرده و در تشکل رحم سهیم نشده است.

۱. نفیر رحمی و عنق رحم در یک طرف نارمل بوده ولی در طرف دیگر غیر طبیعی است.

۲. خطرات وقوعات اندومتریوز، عقامت، ولادت قبل المیعاد، سقط ها واعتلانات معیوبه نزد این خانم ها بلند است.

۳. در ۴۰٪ وقایع با انومالی های بولی خصوصا کلیه ها همراه می باشد.

لوحـــهٔ کلینیکی سوء اشکال اعضای تناسلی

باساس ساختمان و درجه آفت یا انومالی از نظرکلینیکی لوحات مختلف را ارائه میکند. که بصورت خلاصه قرار ذیل مورد بحث قرار داده میشود.

۱- Vaginal septum سبب Dyspareunia نزد خانم میشود که علت آن تنگی و تضیق مهبل و پردهٔ موجود میباشد.

۲- رحم های Biocornuate و Unicornuate سبب دینسمیوره و عادت ماهواره دردناک شده میتوانند.

۳- رحم های Bicornuate و septate دار سبب سقط های عادتی (سقط متواتر)، ولادت های قبل المیعاد، IUGR اعتلانات معیوبه جنینی نظر به شکل، حجم و درجهٔ آفت شده میتوانند . احتباس پلاسنتا در رحم های حجاب دار یک امر معمولی است که بیشتر اتفاق افتاده میتواند.

۴- Obstructed labour : ولادت انسدادی ممکن در رحم های که Rudimentary horn دارند اگر این ساختمان پایین تر (مقدم تر) از عضو معتلنه باشد در وقت ولادت رخ داده میتواند.

۵- در رحم های که دو Rudimentary horn یا هم یکجا نشده باشد تشکیل هیماتومترا و حمل خارج رحمی که دریک شاخه جابجا شده باشد بیشتر

بملاحظه رسیده میتواند. هنگامیکه در ماه های سوم و چهارم حاملگی شاخه یا horn که جنین در آن وجود دارد تمزق نماید سبب خونریزی های شدید خواهد شد.

Treatment (تداوی)

طوریکه در این مبحث اشکال و انواع مختلف انومالی ممکنه قنات مولر مورد بحث و مذاکره قرار داده شده است بناً تداوی و انتخاب نوع تداوی مربوط به حجم و درجه آفت میباشد. ولی یک نقطهء مشترک و واحد در تداوی مطرح بوده که عبارت از اجرای عملیات جراحی در تمام اشکال آفات انومالی ضرورت اساسی است که باید عملی شود که قرار ذیل از یک تعداد عملیات های لازمه یاد آور میشویم.

۱- Strassman Utericoplasty: این عملیات بالای رحم های دو قرنه انجام میشود که در حذای غور رحم شق مستعرض انجام شده وحجاب برداشته میشود. ازجملهء اختلاطات مقدم آن ترضیض و ایجاد جرحه در تیوب ها در جریان عملیات و از اختلاطات موخر آن تمزق رحم محمول میباشد.

۲- Tomkin's Operation: بالای رحم های دو قرنه که حاوی حجاب باشند انجام شده که با اجرای یک شق Vertical در سر خط متوسط صورت گرفته حجاب رحمی برداشته شده و هردو شاخهٔ رحم با هم یکجا ساخته میشوند.

۳- Jones Operation: دو شاخه غور رحم از هم توسط یک شق در سر خط متوسط جدا ساخته شده بعد از برداشتن Septum دوباره با هم ترمیم میگردند.

۴-امروزه تداوی انواع مختلف Septumهای رحم ذریعه عملیات هستروسکوپی انجام شده که مزیت های فراوانی دارد از جمله چون در غور رحم شق انجام نمیشود خطرات تمزق رحم در جریان حاملگی آینده مطرح بحث نیست وهم چنین اجرای این پروسه سکار و یاندبه در جدار بطن و بالای رحم از خود بجای نمی گذارد.

۵-به تعقیب این عملیات ها خصوصاً عملیات که با اجرای پروسه هستروسکوپی انجام شود بیشتر از ۸۰٪ چانس رساندن حمل به ترم مطرح بحث میباشد. تداوی اختصاصی هر عارضه هم در مبحث خودش خلاصتاً تذکر داده شده است.

INFERTILITY (۱)

عــقــامــت

تعریف

هرگاه نزد یک زوج که به سن باروری قرار دارند در ظرف یک سال بدون استفاده از میتودها و روش های جلوگیری از حاملگی و در صورتیکه هفته دو مراتبه مناسبات جنسی منظم داشته باشند حاملگی رخ ندهد زیر نام عقامت مورد بحث قرار داده میشوند.

اسبابی که باعث عقامت میگردند با ساس مطالعات انجام شده بین زن و مرد مساوی بوده بناًا در مطالعه عقامت باید عوامل سببی نزد هر دوجنس مذکرو مونث مورد بررسی قرار داده شود.

در حدود ۷۵٪ زوج ها در ظرف یک سال حامله میشوند. ۱۵٪ دیگرشان که حامله نشده اند باید از نظر سببی خصوصاً اسباب نازایی مورد بررسی قرار داده شوند.

پروسیجر های جدید و میتودهای مدرن و عصری امروزه سطح دانش و امکانات کمک به حامله دار شدن را تا حد اعلای بلند برده است مثلاً با استفاده از invitro fertilization (IVF) , Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI) ، کشیدن سپرم از خصیه ها و بربخ(Testicular & epidydimal sperm aspiration)

و یک تعداد میتودهای دیگر عصری امروزه زمینهء بلند بردن فیصدی حاملگی را مساعدتر ساخته و چانس عــقــامت را پاییــن تر آورده است.

عـقـامـت نـزد مردان

اسباب و فکتورها

I . نقیصه در تولید سپرم

۱-عدم کفایه سیستم هیپوتلمو پیتواتری که در نتیجه هورمون هـای لازمـه را افراز کرده نتوانسته و زمینه تولید و رشد سپرم از خصیه هارا متاثر میسازد.

۲-عدم کفایه خصیه ها در تولید سپرم از هر سببیکه باشد مثلاً پایین نیامدن خصیه ها در سفن که در نتیجه از اثر باقیماندن خصیه ها در قنـات مغبنـی و یـا در داخل بطن بدرجهء حرارت عضویت $37°c$ مواجه شده و قدرت تولید سپرم خود را از دست میدهند.

۳-نقیصه در تولید سپرم: برای اینکه سپرم ها به پروسۀ نارمـل تولیـد خـود ادامه دهند مراحل مختلف را از شروع تا به پختگی باید طـی نماینـد و در جریـان این پروسـه یـک تعـداد از انـزایم هـا، هورمـون هـا و فکتورهـای دیگـری عمـل مینمایند. تا سپرمی که قدرت بارور ساختن را داشته باشد تولید شود بنابهرسببیکه این پروسه متاثر گردد تولید سپرم نیزمتوقف میگردد.

۴- تاسس Varicocle: نزد مردها خصوصاً کسانیکه کار دوامدار ایسـتاده پا دارند و یا اینکه جریان وریدی خون شان بنا بـه دلایلـی مختـل گردیـده باشـد

عارضه بوجود آمده میتواند.در موجودیت واریکوسل از اثر ایجاد درجهٔ بلند حرارت در ساحهء خصیتان، تولید سپرم پایین آمده و حتی متوقف میگردد.

II بندش طرق عبورسپرم از محل تولید تاخروج از فوهۀ احلیل

۱- بندش ولادی که از اثر نقیصه در رشد ولادی ایجاد میشود.

۲- بندش از اثر گذشتاندن آفات انتانی خصوصاً TB وغیره که سبب التهاب بربخ، Vasa defferent و غیره شده میتواند.

۳- بندش طرق عبور سپرم در جریان عملیات های فتق مغبنی که یکی از اختلاطات این نوع عملیات شمرده میشود.

III پرابلم در جریان دفق یا خروج منی از فوهۀ احلیل (ejaculatory problems)

۱- تعداد و وقت اجرای مناسبات جنسی: چون در ظرف یک ماه خانم صرف ۴-۳ روز ظرفیت حامله دار شدن را دارد (هنگامی که تخمه آزاد میشود)بناً باید مناسبات جنسی به همان روزها بیشتر تنظیم گردد.

۲- هیپوسپادیا:که مایع منوی بقسمت علوی مهبل ریختانده نشده وسپرم ها نمیتوانند به عنق رحم نفوذ کنند.

۳- عدم اقتدار جنسی (Impotence)که از اثر یک تعداد فکتورها انتعاذ آله تناسلی صورت گرفته نمیتواند و مایع منوی در داخل مهبل نمی ریزد.

۴- انزال قبل از وقت و یا انزال رتروگراد که در نتیجه منی به داخل مهبل ریختانده نشده یا بخارج مهبل ویا اینکه داخل مثانه مرد می ریزد (Retrograde .Ejaculation)

IV پرابلم های ایمونولوجیک

۱- انتی بادی سپرم که سبب مرگ سپرم ها میگردد.

۲- انتی بادی مخاط عنق رحم که زمینه ضایعات سپرم را مساعد میسازد و بیشترین سپرم ها در این پروسه حیات خود را از دست می دهند.

V امراض داخله

یک تعداد امراض داخله زمینه ساز برهم خوردن وظایف در سیستم تولید سپرم ها میگردند که عمدتاً عبارتنداز:

۱- دیابت.

۲- تشوشات فعالیت غده تیروئید.

۳- توبرکلوزو کله چرک (از اثر پندیدن خصیه ها حجرات سرتولی که مسوول تولید سپرم هستند وظیفه خود را از دست میدهند)ازجملهءامراضی اند که زمینه سازعقامت شده میتوانند.

۴- فرط فشار خون: هم خواهش جنسی و هم قدرت تولید سپرم را تنقیص میدهد.

VI فکتورهای متعدد دیگر

مانند سگرت کشیدن، الکلیزم، استفاده دو امدار از ادویه های مختلف و در نهایت تاثیرات محیطی از نظر عصبی روانی، تغذیوی، و غیره عارضه عقامت را بیشتر دامن زده می توانند.

تحلیل و ارزیابی مایع منوی نارمل

- حجم مایع منوی 2-5ml برنگ خاکی سفید رنگ و یا زرد رنگ

- PH مایع منوی 7.2-7.8 مایع منوی باید فوراً کواگولات شده و در ظرف ۳۰ دقیقه تمیع نماید.
- شمار سپرم: بیشتر از ۲۰میلیون فی میلی لیتر (مطلوب ۸۰- ۱۰۰میلیون)
- تحرکیت: بیشتر از 50% باید حرکت پیشرونده داشته باشد.
- قابلیت حیاتت : بیشتر از 50% باید متحرک باشند.
- Morphology: باید بیشتر از 50% باید نارمل باشد.
- Leucocytes: باید کمتر از ده حجره فی میلی لیتر باشد.
- مقدار فروکتوز باید 13 µ mol در یک دفق باشد.

اصطلاحات

- Aspermia **:** هیچ مایع منوی وجود ندارد.
- Azoo Spermia : هیچ سپرمی در مایع منوی وجود ندارد.
- Astheno spermia : سپرم متحرک موجود نیست.
- Oligo Spermia : تعداد و شمار سپرم کم است.
- Terato Spermia : سپرم ها غیر طبیعی اند.

مایع منوی بهتر است ۲-۳ روز بعد از امساک از مقاربت و ذریعه عمل استمنا تهیه گردیده و در ظرف حد اعظمی ۲ ساعت معاینه گردد. ۲-۳ معاینه متواتر باید انجام شود تا نتیجه دقیق و قناعت بخش باشد.

پروسیجرهای ذیل نزد مرد انجام شود

- History
- Examenation
- معاینه مایع منوی

تاریخچه

این از اهمیت بلندی برخوردار است که بـزوجین وقـت تبـیض و عمـل مجامعـت درین مدت توصیه گردد.

+ تاریخچه به شـمول مشـکلات در عمـل مجامعـت، انـزال پریمـاچور و رتروگـراد پرسان گردد.
+ گرفتن ادویه مانند ادویه ضـد فشـار خـون ، ضـد انحطـاط و سـیکوز ، مرکبـات ، سـیمیتیدین، Spirinolaction، سـتروجن و مقـدارزیاد تستوسـترون در عمیلـه سـپرمانوجنز مداخلـه کـرده میتوانـد. هـم چنـین کشـیدن سـیگار ، خـوردن الکل،جویدن تنباکو و کار عملی در محیط گـرم حمـام و نـانوایی انـدازه تولیـد سپرم را تنقیص میدهد.
+ امراض داخله مانند دیابت ، امراض تیروئید ، فرط فشـار خـون ، کلـه چـرک نیـز تولید سپرم را مداخله میکند.

معـــاینـــه

قدوقامت : قدوقامت خیلی بلند در کلاین فلتر و مرض Kallman که اپیفز عظـام دیرتر بسته میشوند بملاحظه می رسد.

+ Obesity زیاد خصوصاً به شکل آنـی امـراض و تشوشـات هورمـونی را وانمـود میسازد.
+ رشد اورگانهای تناسلی تالی دیده شود که در خرابی فعالیت نارمل H.P.O.axis معروض به تشوش میگردند.
+ غدوات تیروئید دیده شوند که بزرگ اند یا خیر

+ ثدیه ها که در مرض کلاین فلتر برجسته اند معاینه شود.
+ فشار خون معاینه گردد.

معاینه موضعی

+ سکار فتق ترمیم شده و هیدروسل دیده شود.
+ حجم نارمل خصیه ها بررسی گردد (قطر 15-35mm)
+ نزول خصیه ها در سفن ، بربخ ، قنات دفقیه و هم چنین پروستات از طریق رکتم جس گردیده و اندازه غیر طبیعی آن ها یاداشت شود
+ معاینات هورمونی L H ، FSH پروجسترون ، ستروجن و تستوترون و وظایف H.PO.Axis بررسی گردد.

عملیه القاح قرار ذیل است:

+ سپرم Corona Radiata (C.R) را عبور میکند.
+ سپرم Zana Pillocida (Z .P) را توسط عکس العمل اکروموزومی خود با آزاد ساختن هیالورونیداز Zona Reaction را سوراخ میکند.
+ Z P دخول دیگر سپرم ها را ممانعت میکند.
+ Oocyte 2 هنگامیکه سپرم داخل میشود انقسام میوتیک دومی را انجام و یک Ovum همراه Polar bady را بوجود میاورد. Ovum تولید شده پخته بوده و بنام Famale Pronucleus یاد می شود.
+ در جریان دخول به Oocyt ، سپرم دم خود را از دست داده راس آن بزرگ شده و Male Pronucleus را میسازد.

+ اتحاد Ovum و سپرم سبب تشکیل Zygot شده و جنسیت مربوط به کروموزم Y میباشد.

بررسی ومعاینات

<u>۱- PCT)post coital test):</u> بااین عملیه راجع به وضع ایمونولوژیک عنق رحم در برابر مایع منوی و کیفیت مخاط عنق معلومات لازمه بدست آمده میتواند. مجامعت با خانم یا نزدیک و یا در جریان آزاد شدن تخمه درحالیکه از ۲-۳ روز قبل ضایعات مایع منوی نداشته باشد انجام شود و خانم فوراً بعد از اجرای عمل به کلینیک مراجعه نموده (ترجیحاً در هنگام صبح عمل مجامعت انجام گردد) یک نمونه یا Smear از مجرای عنق رحم گرفته شده و تعداد سپرم های متحرک و فعال توسط high power میکروسکوپ مورد مشاهده قرار گیرند و هرگاه به تعداد ۱۰ دانه و یا بیشتر از آن سپرم متحرک موجود باشد که حرکت پیشرونده داشته باشند نتیجه معاینه نارمل است .یک نمونه دیگر از فورنکس خلفی گرفته شده (بحیث کنترول) و معاینه شود یک PCT نارمل از عنق نتائج نارمل ازفورنکس خلفی را هم نشان میدهد ولی نتائج غیر طبعی ازاسپرم هائیکه درفورنکس خلفی ریخته اند دلالت به غیرطبعی بودن نتائج PCT ازعنق ننموده زیرا که انتان و حادثه ایمونولوژیک هم در راس مسایل قرار دارند، مخاط نارمل عنق رحم نشاندهندهٔ تاثیرات استروجن کافی بوده و SPINBARKEIT TEST که در حقیقت آزمایش قدرت لزوجیت مخاط عنق را در هنگام تخمه گذاری ویا ۱-۲ روز قبل از آن که به حداعظمی

خود می رسد نشان میدهد نیز اجراگردد(این مخاط قدرت لزوجیت در حدود ۱ سانتیمتر یا حتی بیشتر از آن را در بین دو پنجه به نمایش گذاشته میتواند).

اگر PCT غیر طبیعی باشد (در حدود ۵-۳ فیصدوقایع نزد زوج ها بملاحظه رسیده میتواند) باید از نظر ایمونولوجیک قرار ذیل بررسی گردد

۲- Sperm-cervical Mucus penetration test (SPT): درین عملیه سپرم و مخاط عنق رحم به پهلوی هم قرار داده شده که با هم یکجا گردند در حالت طبعی سپرم در ظرف ۲ ساعت باید حداقل ۳ سانتیمتراز مخاط عنق رحم را شکافته و داخل آن نفوذ کند.

۳- Sperm cervical-mucus contact test (SCMCT): بمقدار مساوی (مثلاً املی لیتر مایع منوی + املی لیتر مخاط عنق رحم) باهم یکجا (بدون بهم زدن)در داخل یک ظرف گذاشته شود اگر در ظرف نیم ساعت در حدود ۲۵٪ و یا بیشتر از سپرم ها حرکت نا منظم وغیر پیشرونده ولرزان پیدا کردند مسئله ایمونولوژیک مطرح بوده که باید در نظر گرفته شود.

تست های ذیل جدیداً در مورد عقامت نزد مردها مطرح بحث قرار داده میشوند.

هنگامیکه PCT و سپرماتوگرام نزد مرد نارمل دریافت شود باید مشکل عقامت را در پروسه فرتیلایزیشن جستجو و بررسی کرد.همچنان هرگاه دلایل عقامت نزد مردها با معاینات که تذکر داده شد دریافت و مشخص نگردد تحقیقات و بررسی با دقت بینی کامل باید روی عوامل ذیل انجام گیرد.

۱- Zona free hamster egg penetration test: درین پروسیجر قـدرت نفوذیه سپرم در تخم موش بزرگ (hamster) مـورد بررسـی قـرار داده میشـود و دیده میشود که سپرم قدرت نفوذ درداخل – zone free hamster egg دارد یـا خیر، در صورتیکه ۱۰٪ بتواند آنرا سوراخ کند نارمل قبول میشود. این یک تست قیمتی و هزینه بردار بوده و همیشه نمیتواند بدسترس قرار گیـرد لـذا بحیـث یـک تست روتین وعادی بکار برده نمیشود.

۲- Acrosin reaction: یک تکنیک جدید مطالعه قدرت نفوذیه سپرم بـه داخل Ovum بوده که امروز مورد استفاده قرار میگیرد.

۳-با اجرای سونوگرافی برای تحری آفت، Varicocle و حجم خصـیه هـا میتوان معلومات لازم را بدست آورد (خصوصاً شکل دوپلر کالر آن)

۴-بیوپسی خصیتان نیزدر حالات ذیل کلید تشـخیص را میتوانـد مشـخص سازد.

a) اگر سویهء FSH بلند باشد،عدم کفایه خصیتان در تولید سـپرم مطـرح میباشد.

b) اگر به TB خصیه ها مشکوک گردیم.

c) برای مطالعه هستوپتولوژی خصیه ها در حالتیکه اولیگوسپرمیا و یا مـایع منوی غیر طبیعی باشد.

d) Azoospermia اگر موجود باشد برای اینکه بدانیم مجرای عبور سـپرم مسدود است ویا اینکه اصلاً خصیه ها تولید ندارد.

برای اجرای بیوپسی باید از سه مقطع جداگانه سه پارچه جداگانه گرفته شده و مورد برسی قرار داده شود. مفیدیت بیوپسی خصیه ها قرار ذیل یاد آوری میگردد.

- برای مطالعه کروموزم ها.
- جهت استفاده از سپرم ها و سپرماتیدهاییکه به شکل caryopreservation در داخل خصیه موجود اند و بمقصد اجرای علمیه ICSI از آنها استفاده کرده میشود.

تداوی عقامت نزد مردان

معمولاً تداوی باساس علت دریافت شده، حجم آفت و درجه شدت آن عیار گردیده و از آن استفاده میشود.

۱ تداوی عمومی

۲ تداوی هورمونی

۳ تداوی جراحی

۴ تداوی با استفاده از تکنولوجی های عصری امروزه که وارد بازار طبابت شده اند.

I. تداوی عمومی

۱- برای زوجین ارزش وقت جماع و تعداد عمل مجامعت را به اساس سیکل عادت ماهوار تشریح نموده وامکان حامله دار شدن خانم در طول سیکل برای شان مشخص ساخته شود.

۲- برای مرد توصیه گردد که از گرمی زیادخصوصادر ساحۀ خصیتان جلوگیری نموده واز زیر پوش نخی و کلان استفاده کرده و استنجاء آب سرد را زیاد سازد.

۳- برای کسانیکه الکل می نوشند و یا سیگار دود میکنند توصیه ترک اعتیاد گردد .

۴- امراض داخلی مانند دیابت، فشار بلند، تیروتوکسیکوز و غیره تحت تداوی مناسب وجدی قرار داده شوند.

۵-در صورت مشکوکیت با انتان ، انتی بیوتیک وسیع الساحه تجویز گردد.

۶-اگر فکتورهای ایمونولوجیک مطرح بحث باشند از مشتقات کورتیکوئیدها مثلاً Prednisolon 5 mg فی روز و استفاده از کاندم بمدت ۶ ماه طور متواتر توصیه شود که درحدود ۳۰-۴۰٪ وقایع عارضه ایمونولوجیک با این رژیم تداوی اصلاح شده میتواند.

۷- از ادویه seldenafil (Viagra) که باعث انتعاذ قضیب میگردد برای مردانی که نقیصه عدم اقتدار جنسی دارند میشود استفاده نمود (۲۵-۱۰۰ ملیگرام یک ساعت قبل از مجامعت) ولی باید متوجه بود که این ادویه برای مردانیکه امراض قلبی وفشار بلند دارند مضاد استطباب است. از انواع تداوی های دیگر برای انتعاذ مانند vacuum pump,local injection ، local penil implants و غیره میتوان استفاده نمود ولی تاثیرات ناگوار خود را دارند که باید متوجه بود.

II. تداوی با هورمون ها

● تستوسترون Testosteron: بمقدار کم یعنی 25mg فی روز می تواند سبب اصلاح قسمی از پروسه تولید سپرم گردیده و لی مقدار بلند آن زمینهٔ انحطاط را فراهم می سازد.

● ازکلومیفین سترات بمقدار 25mg/d برای ۲۵ روز در هر ماه بمدت ۶ ماه میتوان استفاده موثر برد.

● FSH به مقدار IU/IM ۳۷.۵ در هر هفته سه مراتبه و بعداً به تدریج تا 75mg/D در صورتیکه عدم کفایه غده نخامیه مطرح باشد تا مدت ۶ ماه میتوان استفاده موثر گرفت وهم چنین h CG به مقدار IU/IM ۲۰۰۰ هفته ۲-۱ مرابته بمدت ۶-۱۲ ماه درصورت عدم کفایهء سیستم HPO Axis مطرح باشد مفید واقع شده میتواند.

● GnRH 50n/kg/w همراه انفوزیون پمپ و یا اینکه 200mg/D بشکل داخل انفی در عدم کفایه هیپوتلموس میتواند موثریت بارزی داشته باشد.

● هورمون تایرویید در مردانیکه هیپوتیروئیدیزم دارند تجویز و عیار گردد.

● در مردانیکه هیپرپرولکتینیمیا دارند بروموکرپتین تنظیم و تجویز گردد.

قابل یادآوریست که ادویه باید حداقل برای مدت سه ماه ادامه داده شوند تا تاثیرات مطلوب شان بالای پروسه سپرما توجنیزیز که از شروع الی ختم مدت ۷۴ روز را در بر می گیرد و مدت دو هفته دیگر لازم است تا در خصیه جهت ذخیره شدن به حویصل منوی خارج شود ظاهرگردد.

III. تداوی جراحی

یـک تعـداد حـالاتی نزدمـریض دریافـت مـی شـود کـه بـدون مداخلـه جراحی امکان اصلاح آن ممکن نبوده و ایجاب می کند که برای اصلاح حالـت معیوبه و رفع مشکل اقدام به عملیات جراحی گردد که این پروسیجر عملیاتی نظر به آفت موجود میتواند کوچک و یا بزرگ بوده و نتایج اصلاحی آن هم متفاوت میباشد که عبارتنداز:

۱- Vaso vasostomy : در صورتیکه با پروسیجر های طـی شـده ثابت گردد که بندش طرق انتقالی سپرم مطرح بحث است با اجرای این عملیـات در اصلاح آن میشود اقدام نموده ناحیه بندش قطع و برداشته شده و دو نهایت باز با هم تفمم داده شوند اما نتایج نهایی آن فیصدی بلند اصلاحی ندارد.

۲- اگر خصیه هـا در سـفن پـایین نیامـده باشـند در دوران طفولیـت اقدام به پایین آوردن خصیه ها و تثبیت آن در سـفن گـردد کـه هـم رشـد نارمـل خصیه و هم تولید سپرم را در دوران جوانی میتواند سازماندهی نماید. اجرای این عملیات در سنین بعد از بلوغـت بمقاصـد بـالا هـیچ نـوع مفیـدیت نـدارد صـرف اجرای آن جهت برداشتن خصیه های ectopic برای جلوگیری از اختلاط بطرف خبیثه شدن نسج خصیه ها موثر است.

۳- در صورتیکه واریکوسل مطرح باشد اجرای عملیات جهت رفع عارضه (در صورتیکه تعداد سپرم ها کـم و یـا غیـر طبیعـی باشـد) میتوانـد سـبب بهبودی گردیده ولی تاثیرات آن بالای سپرماتوگرام نارمل تا حال ثابت نگردیـده است.

IV. تکنیک های معاصر برای بلند بردن قدرت تولید

طوریکه میدانید دانش و پیشرفت در همه جوانب و ساحات خصوصاً در دهه های اخیر تغییرات قابل ملاحظه ای را در امور زندگی های انسانی بوجود آورده است خصوصاً در ساحه طبابت چه ازنظر شناخت اسباب، پتولوجی و نوع تداوی از امراض مختلفه و چه از نظر اجرای عملیات ها ی اصلاحی و شفایابی در عرصهء امراض مختلفه، بناًا در تداوی مریضان عقیم کمک های طبی مختلف طرح شده است که مختصراً توضیح میگردد.

۱- (AI) Artificial insemination
۲- (GIFT) Gammet intra fallopian Transfer
۳- (ZIFT) Zygot intra fallopian Transfer
۴- Invitro fertelization (IVF)
۵- Micro manipulation عبارت از ایجاد شکاف در ناحیه Zona pillucida و یا ایجاد حفره در این ناحیه (drilling) بمقصد دخول سپرم میباشد.
۶- (ICSI) Intracytoplasmic sperm injection: در صورتیکه نقیصه در ناحیه Acrosomy سپرم باشد که نتواند جدار تخمه را عبور کندازاین عملیه استفاده میشود.
۷- کشیدن واسپریشن سپرم از خصیه ها و بربخ اگر مجرای عبور سپرم بندش داشته باشد.
۸- (ZIFT) Zygot intra fallopian Transfer: هر گاه بنا بدلایل مختلفه ضرورت به اجرای این عمل احساس گردد ،سپرم و اوم در محیط بیرونی با هم یکجا گردیده بعد از تشکل زایگوت تحت مشاهده مستقیم توسط

هستروسکوپ به داخل نفیر انتقال داده میشود. تمام این پروسیجرها محاسن و معائب خاص خود را دارند که بحث مفصل و جداگانه را ایجاب میکند.

استطبابات AI

۱- عدم اقتدار جنسی و هیپوسپادیا.

۲- انزال قبل از وقت و یا انزال ریتروگراد.

۳- انتی بادی مخاط عنق رحم ویاانتی با دی خودسپرم ها.

۴- اولیگوسپرمیا که مقدار و نارملیتی سپرم ها از حالت طبعی پایین تر است.

۵-عقامت هاییکه با اجرای معاینات اسباب مشخص آنهادریافت نشده باشد.

تخنیک اجرای عمل

نزد خانم باید زمان تخمگذاری (Ovulation) با اجرای سونوگرافی مشخص گردد سپس مایع منوی با تخنیک های لازمه شسته شده و Concentrated گردد(ذریعه عملیه Swim-up technique ویاper coll gradient) و بمقدار نیم ملی لیتراین مایع آماده شده در داخل مهبل ویا داخل عنق و یا داخل رحم انداخته شود. درین اواخر ریختاندن این مایع با استفاده از هستروسکوپ و یا سونوگرافی دوپلرکالر که میتواند درست رهنمایی کند در داخل نفیر ها هم پیشنهاد گردیده و نتیجه مطلوب داده است. هدف از اجرای عمل رسیدن سالم سپرم ها به تخمه آزاد شده در خود رحم و یا نفیر ها میباشد. فیصدی موفقیت درین پروسیجر خصوصاً اگر تولید و تحریک تخمگذاری نزد

خـانم هـا بـا کلـومیفین و یـا h.C.G کـه منجربـه تنبیـه تولیدتخمـه بیشـتراز یـک عدد(Multiple ovulation) میگردد باشد در حدود ۳۰-۷۰٪ موفقیت آمیز است خصوصاً اگر در ۳-۴ سیکل عادت متواتر تکرار شود.

مراحل که باید در اجرای AI در نظر گرفته شوند.

A- نزد مرد

۱- جمع کردن مایع منوی در هنگام تبیض خانم.

۲- آماده سازی سپرم جهت اجرای پروسه.

B: نزد خانم

۱- اطمینان از باز بودن نفیرها.

۲- تنبیه تخمگذاری در تخمدان با ادویه.

۳- u/S جهت اطمینان از آزاد شدن تخمه.

اگـر پروسـیجرهای متـذکره نـزد مـرد و زن آمـاده شـده باشـد اجـرای Insemination و تقویه فاز لوتیال جهت رشـد، انکشـاف و لانـه گزینـی بیضـهء ملحقه در رحم امر ضروری است .

IVF و GIFT در صورتیکه روش های دیگر نتیجهٔ مطلوب ندهنـد بایـد بـه کار برده شوند.

پروسیجر های متهـاجم (Invasive procedure) و هزینـه بلنـد اقتصـادی که در کار برد آن بمصرف می رسد سبب شده که امکانیت استفاده از آنها را در شرایط امروز محدودتر سازد. موفقیت در نهایـت بـین ۳۰-۴۰٪ راپـور داده شـده است. عملیهٔ Micromanipulation هنگامیکه سپرم یا تحرک و یا اینکـه قـدرت نفوذ در Zona pilocida را نداشته باشد بصورت انتخابی به کار برده میشود.

در حالات ذیل ضرورت به Donor insemination احساس می شود.

۱- هنگامیکه مرد Azoospermia باشد.

۲- هنگامیکه نزد مرد امراض جنیتیکی و ارثی که سبب سقط، ناقص شدن و یا اطفال معیوب میگردد موجود باشد.

۳- عدم توافق (Rh iso-immunisation) موجود بوده و سقط های عادتی و متکر ر را نزد خانم باعث شده باشد.

دونور باید از نظر امراض STD و HIV معاینه شده منفی باشد و مایع منوی به شکل Cryopreserved بمدت ۶ ماه حفظ شده باشد.

در طبابت امروز سپرم مردیکه از اثر امراض خبیثه به رادیوتراپی و یا شموتراپی نیاز پیدا میکند میتوانیم به شکل Cryopresevegd گرفته و آنرا تا وقت ضرورت حفظ نماییم.

ناگفته نماند که اجرای عمل Donor Insemination از نظرد ین اسلام یک عمل نادرست و غیر مشروع بوده حرام شمرده میشود.

عقامت نزد خانمها

طوریکه تذکر داده شد عقامت به زوجین تعلق دارد که میتواند مرد، زن و یا هر دو در عین زمان مبتلا به عوارضی باشند که مانع حمل ویادوام حمل نزد خانم میگردد.

اسباب عقامت نزد خانم ها

۱- Dysparonia یا مجامعت دردناک که از سبب PID، اندومتریوز و پرولاپس رحم نزد خانم جوان بوجود آمده میتواند.

۲- مناسبات جنسی به وقت معینی که مترافق بـه تولیـد تخمـه اسـت نزد خانم انجام نشود مثلاً زن و یا شوهر کارمند انـد و از هـم دور ویـا اینکـه مـاه چند روز با هم رسیده میتوانند و از طرف دیگر از نظر علمـی بـه پروسـه آشـنایی ندارند بناء باید برای شان تفهیم گردد که حامله دار شدن خانم در ظرف یک ماه صرف ۴-۳ روزیکه تـولـیــد تـخــم مــطــرح است امــکـــان دارد و بـس. (2± ۱۴ روز قبـل از عـادت ماهواربعـدی کـه معمولازمـان آزاد شـدن تخمـه از تخمدان است).

۳- مدت دوام عقامت و استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی هم میتواند در عدم حامله دار شدن خانم رول داشته باشد که ایجاب بررسی بیشتر را میکند.

۴- در سابقه خانم و یا فامیل آن آفت TB و یا دیابت بررسی گردد

۵- عادت ماهوار خانم منظم است یا خیر بدرستی مورد بررسی قرار داده شده زیرا عادت ماهوار غیر منظم از سبب عدم کفایه تخمدان ها ویا PCOD نزد خانم ایجاد شده میتواند.

۶- سابقه PID نـزدش بررسـی گردیـده و هـم چنـین از حمـل هـای ectopic که منجر به برهم خوردن نظم و سـاختمان نفیـر هـا و تخمـدان هـا شـده میتواند استجواب شود.

۷- در عقامـت ثـانونی بایـد انتانـات دوره نفاسـی، خـونریزی هـای شدید و massive بعد از ولادت (sheehan’s syndrome)و شـیردادن طـولانی مورد بررسی قرار داده شود.

روش های بررسی تولید تخمه قرار ذیل اند

۱- History: اگر عادت ماهوار خانم منظم و سیکلیک باشد معمولاً دلالت به نارمل بودن سیستم H.P.O Axic نموده که تولید و آزاد شدن تخمـه را عهده دار است ، لذا بدقت از نظر سابقه بررسی گردیده و در نظر گرفته شود.

۲- درجه حرارت قاعدوی Basal Body Tempreture (B.B.T):

با اجرای منظم BBT که عبارت از گذاشتن ترمامتر مخصوص دریکی از سـوراخ های بدن صبحانه قبل از بر خواستن از بستر خواب و ثبت درجهٔ حـرارت میباشـد میتوانیم نسبت بدو مرحله سیکل (آزاد شدن تخمه و فاز کوتاه لوتیـال) معلومـات حاصل کنیم ، طوریکه دو روز پیش از Ovulation درجه حرارت عضـویت نـیم درجه از اثر سویه بلند ستروجن تنقیص یافته وبعد از آزاد شدن تخمه دوباره یک درجه سانتیگراد بلند می رود که در حقیقت نیم درجه حرارت عضـویت بـدن در تمام مرحلهء افرازی از اثر تاثیرات تر موجنیک پروجستر ون تا مـدت یـک هفتـه بلند تـر مـی مانـد (از روز آزاد شـدن تخمـه بـه مـدت یـک هفتـه یعنـی تـا روز ۲۲ عادت ماهوار)مثلاً ($37-0.5 \longrightarrow 36.5+1=37.5c^{\circ}$) در ینصـورت گـراف حاصله Biphasic بوده و در صورتیکه سیکل عادت به شـکل غیـر تبیضـی باشـد گراف ثبت درجه حرارت مونوفازیک است. اگرچه یـک پروسـه ارزان و بـدون زحمت بوده ولی آنقدرها کاربرد در تداوی عقامت ندارد.

۳- تعیین سویهء پروجسترون خون در روزهای ۲۳-۲۲ عادت نارمل ۲۸ روزه در یک خانم میتواند نقیصه آزاد شدن تخم را رد نماید کـه بایـد مقـدار پروجسترون 16-15ng/ml خون باشـد اگـر کمتـر از 5ng/ml باشـد آزاد شـدن

تخمه رد میشود ولـی یـک پروسـیجر Retrospective بـوده بـاز هـم ارزش بلنـد تشخیصی ندارد.

۴- انـدومتریال بیوپسـی: Endometrial Biopsy (EB): گـرفتن بیوپسی از نسج اندومتر بعد از روزهای بیستم تـا شـروع عـادت مـاهوار و معاینـه هستوپتولوژیک آن از نظر تغیرات انـدومتر بـه صـفحه افـرازی ارزش تشخیصـهء خوبی دارد و علاوتاً آفـات TB انـدومتر هـم بررسـی شـده میتوانـد. از آنجاییکـه عملیهء EB یک عمل Invasive است لذا با تسهیلات امروزهء سونوگرافی از آن کمتر استفاده شده و زیاد توصیه نمی شود.

۵- مطالعه مخاط عنق رحم: مخاط عنق رحم در صفحه تولید تخمـه رقیق و غاز دار گردیده (قبلاً تشریح شده) ولی در صفحهء افرازی سخت و بدون چسپندگی بوده و شکننده است . که میتواند تـاثیرات هورمـون هـای سـتروجن و پروجسـترون را در مراحـل پرولیفیریشـن، آزاد شـدن تخمـه و صـفحه افـرازی مشخص سازد.

۶- سونوگرافی: سـونوگرافی یـک پروسـه غیـر مهـاجم، مصـئون و باسانی قابل دسترس است که در قسمت تشخیص، رشد و انکشـاف و آزاد شـدن تخمه ارزش بلندی دارد. این روش که به شـکل متنـاوب و مسلسـل در روزهـای ۱۱-۱۵سیکل اجرا میشود ، بصورت قطعی ما را به تشـخیص اینکـه سـیکل خـانم تبیضی است یا غیر تبیضی بـه خـوبی رهنمـایی کـرده میتوانـد. علاوتـاً بـا اجـرای سـونوگرافی رشـد انـدومتر رحـم و درجـه انکشـاف ورشـد فولیکـول دوگـراف بنحوخوبی مشخص شده میتواند مثلاً درجهٔ ضخامت اندومتر قبـل از تـبیـض بـه 8-10mm رسـیده، فولیکـول دوگـراف در روز هـای اخیـر صـفحهءافرازی

1-2mm فی روز رشد نموده و در نزدیک روزهای آزاد شدن تا به 20mm وحتی بیشتر از آن حجم آن می رسد و بعد از آزاد شدن تخمه فولیکول دوگراف تکمش نموده و مایع آزاد در جوف پریتوان بملاحظه می رسد و هم چنان تشکل جسم اصفر مشخص شده میتواند.

سونوگرافی نه تنها آزاد شدن تخمه را تعیین کرده میتواند بلکه روز آزاد شدن آنرا نیز دقیقاً تثبیت میکند که در نتیجه وقت تجویز hCG برای خانم ، زمان اجرای مناسبات جنسی و زمان اجرای عملیه IVF را رهنمایی می نماید وهمچنین موجودیت PCOD توسط سونوگرافی تایید و تثبیت میگردد. بناً سونوگرافی که یک وتیره بدون زحمت و غیر مهاجم بوده امروز توانسته است در بسیاری از مشکلات و پرابلم های نسائی به دکتوران و مریضان کمک قابل ستایشی انجام دهد.

۷- اندازه گیری هورمون ها: درصورتیکه به نقیصه فعالیت H.P.O.Axis و یا عدم کفایه تولیدی هورمون از تخمدان مشکوک باشیم بهتر است که سویهٔ هورمونی FSH، و پرولکتین در خون خانم تعیین گردد. در عدم کفایه وظیفوی تخمدان ها در تولید هورمون سویه FSH و در موجودیت PCOD سویهٔ هورمون LH ودر هیپرتیروئیدیزم و هیپرپرولکتینیمیا سویهٔ هورمون TSH بلند دریافت میگردد. برخلاف در عدم کفایه تخمدان ها سویهٔ هورمون ستروجن و در عدم کفایه صفحه‌ءافرازی نزدیک به عادت ماهوار سویه هورمون پروجسترون در خون پایین میآید درحالیکه سویهٔ پرولاکتین خون بلند و بیشتر از 25ng/ml می رسد.

تست های که باید نزد خانم از نظر بررسی نفیر ها انجام گرددعبارتنداز:

I. هستروسلپنگوگرافی (HSG): HSG اولین معاینه برای دانستن باز بودن ویا بسته بودن نفیر ها است که باید در روزهای ۸-۱۰ عادت ماهوار نزد خانم انجام شود (قبل از تبیض) تا از قبول خطر سقط مطمئن باشیم . در اجرای عملیه لازم است ابتدا اتروپین بمریضه تجویز گردد (بمقصد جلوگیری از سپزم نفیرها) بعد کتیترفولی، یاکانول روبین یا Leech Wilkinson بمقصد انداختن ویا زرق مواد رنگه در داخل جوف رحم تطبیق وجابجا گردد. بهتر است از زرق محلولات آبی استفاده گردد تا محلولات روغنی، زیرا که محلولات روغنی خطر امبولی را زیادتر می کند وهم سبب پریتونیت حوصلی گردیده و از طرف دیگر هم تا عبور از نفیر و رسیدن به حوصله وقت زیادی خواهد گرفت که برای مریض و اجرا کننده این پروسیجر زحمت ده میباشد.

ازاجرای HSG معلومات مانند انومالی های مختلفه رحم (رحم های حجاب دار، د و قرنه، یک قرنه، کوچک، رودیمانتر، فیبروم های تحت المخاطی، سندروم اشرمن و غیره) ساختمان وطول نفیرها وعلاوه بر آن باز بودن یا بسته بودن نفیرها را میتوانیم بررسی و دریافت نماییم. Fals Negative در تیوب بازیکه معروض به سپزم شده باشد و fals positive در صورتیکه هیدروسلپنکس مطرح باشد دو تعبیر غلط اند که باید متوجه بود.

در صورتیکه سلپنجیت TB مطرح باشد مواد عبور داده شده بشکل منتشر بلاک دو طرفه تیوب ها را به شکل منجمد و سخت شده نشان داده ومواد داخل حوصله نمیشود.

اختلاطات HSG

۱- انتانات حوصلی.

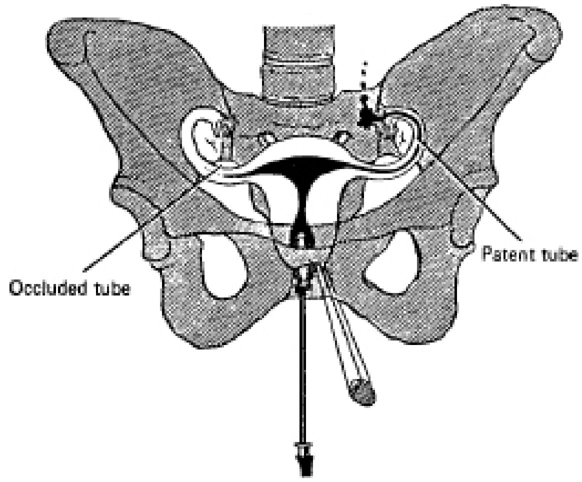
۲- حساسیت به مقابل مواد متکاثفه که عبور داده میشوند.

۳- سقط و بیجا شده گی بیضه ملقحه اگر حمل مطرح بحث باشد.

مفیدیت HSG

●نتیجه حاصله توسط فلم همیشه بدسترس خانم است.

●محل بلاک و بندش مشخص میگردد ، که بامعاینات ذیل بررسی شده میتواند



شکل (۱۹) Hysterosalpingography (۲)

II. لاپراسکوپی: لاپراسکوپی در صورتیکه نتیجه HSG غیر طبیعی بوده یا اینکه به التصاقات نفیری و یا اندومتریوز مشکوک شویم باید در صورت امکان انجام شود. مواد رنگه مانند میتیلین بلو رقیق شده از طریق عنق رحم (Chromotubation) داخل جوف رحم گردیده و نتایج لاپراسکوپیک آن

یادداشت می شود. با این پروسیجر موقعیت فیمبریا وبسته گی نفیر از خارج مشخص شده میتواند در عین زمان رهایی وجدا کردن نواحی التصاقی Adhesiolysis و برداشتن نسج اندومتریوز انجام شده میتواند در صورتیکه بندش نفیرها در نهایت فیمبر یا باشد باز ساخته شده و قدرت باز بودن نفیری نیز با عبور مواد از مجرای نفیرها و دیدن رنگه شدن جوف حوصله مشخص میگردد. باید یادآور شد که سلپنگوسکوپی نیز انجام شده میتواند.

III. سونوسلپنگوگرافی (S.S.G): درین پروسیـــجر بمقدار صدسی سی سیروم نمکی همراه با مقدار کمی هوا از طریق عنق رحم داخل جوف رحم عبور داده میشود. حرکت حباب های هوایی درهنگام عبور از مجرای نفیری توسط سکرین سونوگرافی دیده شده و تعقیب میگردد ودر نهایت محل مسدودهٔ نفیرها توسط سونوگرافی مشخص شده میتواند. موجودیت مایع در جوف آزاد پریتوان نشاندهنده باز بودن نفیرها میباشد. با اجرای این عمل هم از رسیدن شعاع که در HSG مطرح بحث است و هم از عکس العمل الرژیک واختلاتات موادیکه برای HSG بکار می رود جلوگیری شده میتواند.

Hysteroscpic falloscopy.IV: با اجرای این عملیه ابنار ملیتی های رحم و بندش نهایت Cornual نفیرها مشخص شده و اگر پولیپ های رحمی ویانفیری موجود باشند دیده شده میتوانند. علاوتاً با این وتیره میتوان توسع غیر طبعی، نواحی نرم و شل نفیری و التصاقات ضعیف اگر موجود باشد در داخل نفیرها را مطالعه و در صورت امکان تداوی نمود.

تـداوی خـــانم عـقـیم

A - درخانم هاییکه نزد شان سیکل تحیضی غیر تبیضی موجود است

نزد این خانم ها تداوی معمولاً هورمونی است، بدون استثناء هنگامیکه نزد خانم با اجرای سونوگرافی های متعدد ومسلسل درطول سیکل عادت ماهوار و یـا با وسایل دیگریکه قبلاً بحث شده سیکل غیر تبیضـی مطـرح شـد تـداوی شـروع میشود.

- **کلومفین سترات :** اولین قدم تداوی در این عارضه تجویز هورمون های کلومفین سترات میباشد. در خـانم هاییکـه امینـوره ثـانوی دارنـد ابتـدا بـا تجـویز پروجسترون بمدت کوتاه شروع عادت ماهوار را نزد آن ایجاد مـی کنـیم. از روز دوم تا چهارم عادت ماهوار به مقدار 50mg کلومیفین روزانه برای ۴ روز تجـویز میشود و سپس از روز دهم عادت به بعـد بـا اجـرای سـونوگرافی رشـد فولیکـول دوگراف تعقیب گردیده و کنترول میشود . در صورتیکه به ماه اول جواب ندهـد ماهانه به مقدار 50mg به دوز ماه قبل افزوده شده و تا 200mg فی روز این مقدار را بلنـد بـرده میتـوانیم . در جریـان تـداوی از پروسـهء تاسـس هیپرسـتیمولا تنگ سـندروم بایـد بررسـی و جلـوگیری گـردد و هـم چنـین از تغیـرات تـاثیر انتـی سـتروجنیک کلـومیفین بـا تعـویض آن بـه litrazol 5mg/D،2 جلـوگیری شـده میتواند.

هنگامیکه اندازهء فولیکـول دوگـراف بـه 20^{mm} رسـید بایـد مقـدار ۵۰۰۰ یونت hCG دریک دوز واحد داده شود. که در نتیجه بمدت ۳۶-۴۰ ساعت بعـد از زرق hCG فولیکول معروض به تمزق گردیده و تخمهء پخته شده آزاد میشود

ومناسبات جنسی باید بهمین اساس نزد زوجین عیار ساخته شود. این رژیم تداوی بمـدت ۸-۶ مـاه ادامـه داده شـده میتوانـد. بایـد متوجـه بـود کـه دوام تـداوی بـا کلومیفین سـبب کمبـود سـتروجن و در نتیجـه باعـث اوسـتیوپوروزیز نـزد خـانم میگردد. hCG نیزهنگامیکه حجم فولیکول دوگراف به 20mm رسید نـزد خـانم تطبیق میگردد.اگر با این رژیم تداوی موفق به تولید تخمه پختـه شـده نگردیـدیم رژیم دیگریکه باید تعقیب شود قرار ذیل است.

- **(HMG)Humma meanopausal gonadotropin**

HMG حـاوی FSH بمقـدار 75-150IU بـوده کـه بـه تـدریج از ۷۵ یونـت شروع و مقدارا بلند برده می شود این دوا با وجودیکه طرز تطبیق آن آسان تر است ولی قیمت آن بلند بوده و ضمناً موثریت بیشتری هم دارد.

●**GnRh:** هنگامیکه تشوشات وعدم کفایه هیپوتلموس مطرح باشد باید به شکل زرقی تحت الجلدی یا عضلی داده شود.

احتمـال آزاد شـدن تخمـه هـای زیـاد (۲ و یـا بیشـتر از آن) در تجـویز کلومیفین و FSH در حـدود ۱۰٪ و در تجـویز GnRh ۱٪ راپـور داده شـده است.

درصورتیکه با رژیم تـداوی هـای ذکـر شـده نـزد خـانم ovulation صورت گرفته نتواند موضوع Donor egg مطرح میشود. اگر نـزد خـانم POCD مطرح باشد با تجویز کلومیفین و گونادوتروفین میتوان تخمگذاری را تنبیـه نمـود واگر هیپرستیمولشن سندروم تاسس کند از تجـویز hCG بایـد اجتنـاب شـود. در

صورت عدم موفقیت در تداوی طبی PCOD ایجاب میکند که تخلیه Cyst ها توسط عملیه لاپراسکوپی و یا cyst cuterizing انجام شود.

در مریضانیکه هیپرپرولکتنیمیا دارند ادینومای غده نخامیه و هیپوتیروئیدیزم یا رد گردد و یا اگر باشد تداوی گردد. تداوی آفت تجویز بروموکرپتین است (بمقدار 25mg/D در دو دفعه) و بهمین ترتیب نظر به وضع خانم تا 50mg روز دو دفعه تزاید می یابد.

عدم کفایه جسم اصفر با تجویز مرکبات پروجسترون ویا دادن hCG در صفحه leuteal قابل اصلاح است.

B – تداوی عقامت که منشه آن نفیرها باشد.

طوریکه بحث شد یکی از دلایل عمدهء عقامت بسته بودن نفیرها ویا انومالی های دیگر نفیری میباشد . خصوصاً در ممالک عقب مانده که حفظ الصحهء ناحیوی نظر به وضع اقتصاد ودانش پایین به خوبی مراعات شده نمیتواند. بناً در حالات ذیل عملیات های مربوط بالای تیوب ها انجام شده می تواند.

۱- در صورتیکه تیوب ها بسته باشند با Microsurgery (جراحی کوچک) باز ساخته شده میتوانند که این عملیه را بنام Tuboplasty یاد میکنند اما میزان موفقیت پایین تراز 50% دارد.

۲- در صورتیکه التصاق تیوب ها ویا فیمبر یا مطرح باشد با اجرای لاپروسکوپی در رفع عارضه میتوان اقدام نمود.

۳- توبوپلاستی و cannulation توسط بالون تحت نظر هستروسکوپ اجراشده میتواند.

۴- IVF که قبلاً بحث شده است.

Tubal microsurgery که قسمت انسدادی یا بلاک شده نفیر برداشته شده و دو نهایت آن با تار Vicryl بهم اتصال داده میشود.

درعملیاتی که بالای نفیرها انجام میشود درجهء موفقیت نظر به ساحه و حجم ناحیه مائوفه فرق دارد مثلاً در فیمبر یا ۲۷٪، در نهایت curnual 50% و در Isthmic Isthmic در حدود ۶۰-۷۰٪ عملیات اناستوموز نتیجه موفقیت آمیز داده اند.

خطرات توبوپلاستی

1. عدم موفقیت در بازسازی و ترمیم آن.
2. تاسس بندش بعد از اجرای عملیات.
3. حمل خارج رحمی یا داخل نفیری اگر مجرای باز شده به تضیق معروض شده باشد.

C - تداوی عقامتیکه دلیل آن مشخص نشده باشد

یک تعداد کم وقایع عقامت دریافت میشود که تمام اسباب و عوامل عقامت نزد زن و مرد بررسی گردیده ولی هیچ عامل خاصی که بتواند دلیل عقامت نزد شان باشد دریافت نشده است، قبلاً در همچو موارد برای زوجین توصیه می شد که خود را برای نداشتن اولاد آماده سازند ولی فعلاً با تخنیک های جدید و مدرن امروزه میتوان تا حد زیادی مشکل را رفع نمود که عمده ترین این تخنیک ها عبارتند از:

1. Intra Uterin Inseminition (IUI) یا Artificial Insiminition (AI) ویا Intra Tubal Insiminition (ITI) (T=Tubal).

۲. (IVF)InVitro Fertilization
۳. (GIFT) Gammete Intra Fallopian Transfer
۴. (ZIFT) Zygot Intra Fallopian Transfer
۵. (ICSI) Intra Cytoplasmic Sperm Injection
۶. Cryopreservation technique

استطبابات

- IUI یا ITI: درصورتیکه عقامت مربوط به مرد باشد ، یا مخاط عنق رحم انتی بادی ضد سپرم داشته باشد ، یا Asthinospermia مطرح بوده و یا منشاء عقامت مشخص شده نتواند ازاین عملیه استفاده میشود.
- IVF: درعقامت های که منشأ نفیری داشته باشند، یافکتور مخاط عنق رحم مطرح باشد و یاعقامت بدون دلیل باشداز IVF استفاده میشود.

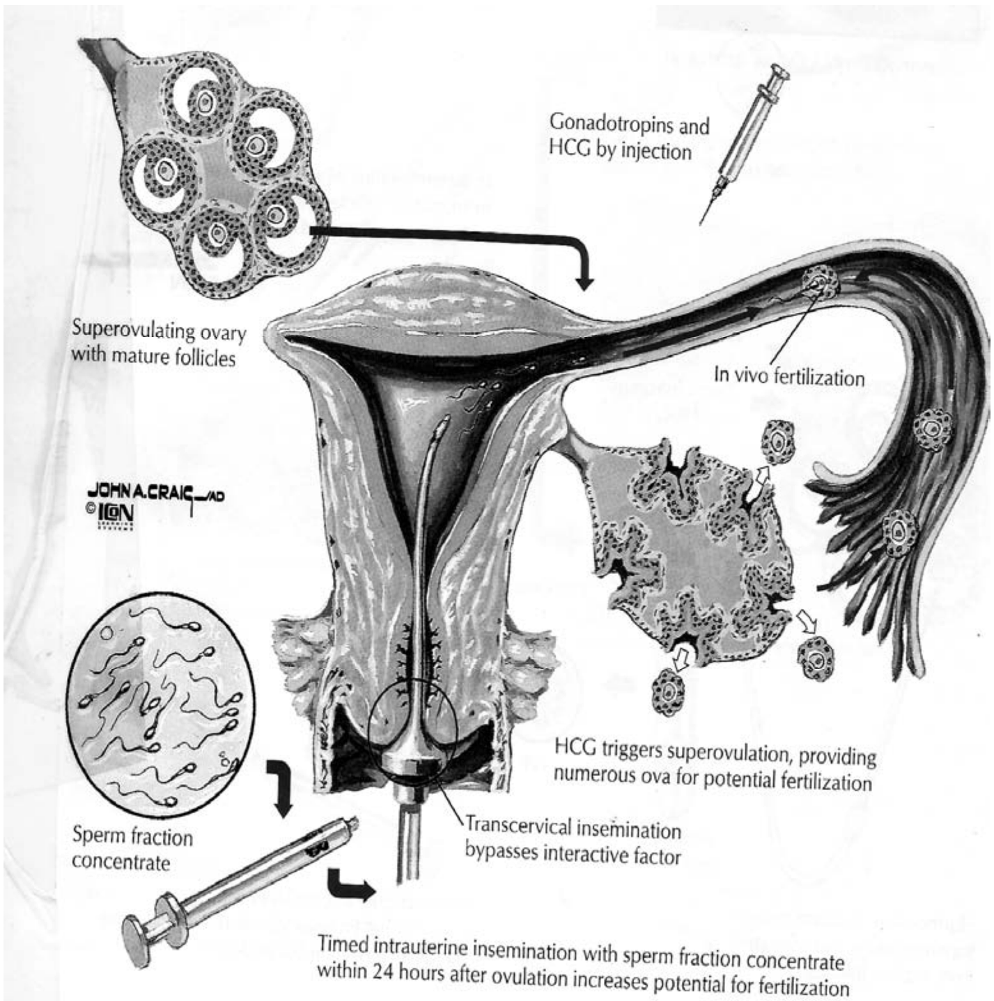
اختلاطات IVF

- فیصدی خطای بلند دارد.
- هزینهء بلند را می طلبد.
- فیصدی سقط در آن بالا است.
- سبب حمل های چندگانه میشود.
- فیصدی حمل خارج رحمی در آن بلند است.
- ضربات روحی به زوجین در صورتیکه بعدم موفقیت بینجامد می رساند.

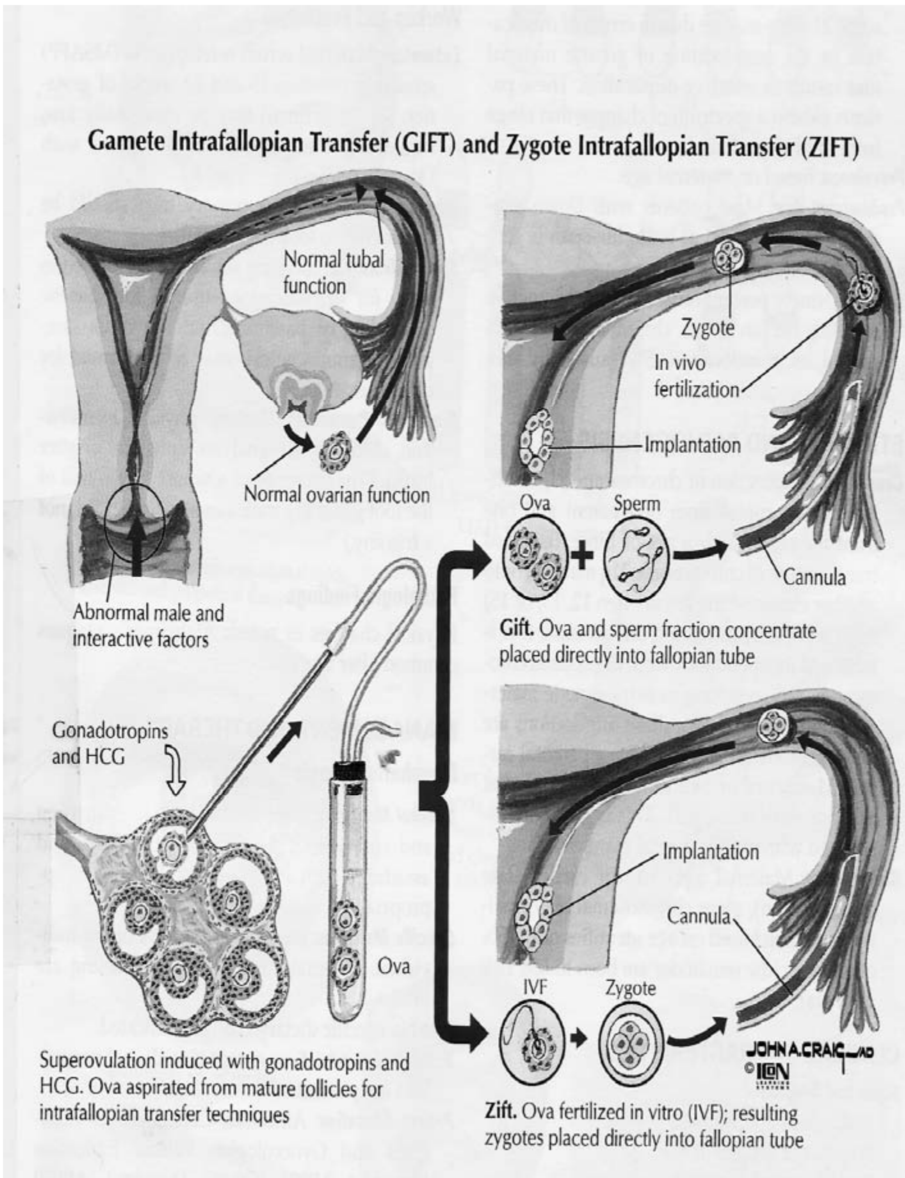
- انجام عمل GIFT :_هنگامیکه هردو تیوب باز بوده، با ارزیابی انجام شده multiple ovulation مطرح باشد به مقدار ۵۰۰ دانه سپرم شسته شده در هر دانه تخمه آزاد شده محاسبه شده و داخل نفیرها ذریعه

هستروسکوپ رهنمایی و جابجا میشود. موفقیت در این پروسه هم بین ۳۰-۴۰٪ است.

- Cryopreservation: درین اواخر این نظریه عرض اندام کرده است. که سپرم ، ovum و یا حتی رشیم embryo را میتوان با شرایط خاص لابراتواری بمدت ها محافظه نمود. در حقیقت با این پروسه چه نزد مرد و چه خانم از تکرار عملیات و پروسیجرهاییکه برای بدست آوردن تخم و تخمه قبلاً استفاده شده است جلوگیری میشود. لذا هم اختلاطات و مشکلات زوجین را کم ساخته و هم هزینه تکرار عملیات از دوش آنها برداشته میشود. مشوره با زوجین و تذکر تمام نقاط لازمه دراین وتیره امری است ضروری، که باید خودشان در زمینه تصمیم بگیرند که چه نوع عملیات را برای رفع پرابلم خویش بر می گزینند.
- ICSI : عبارت از زرق یک عدد سپرم در داخل سیتوپلازم اووم می باشد و در حالات ذیل استطباب تطبیق دارد. (۳)
  - هرگاه تعداد سپرم خیلی کم باشد.
  - هرگاه سپرم یا تحرک نداشته ویا تحرک آن ضعیف باشد.
  - هرگاه سپرم از نظر مورفولوژی غیرطبیعی باشد.
  - اگر IVF که قبلا انجام شده بی نتیجه باشد.
  - در حالاتی که دلایل عقامت مشخص شده نتواند. (۸)


Gonadotropins and
HCG by injection
Superovulating ovary
with mature follicles
In vivo fertilization
JOHN A.CRAIG
HCG triggers superovulation, providing
numerous ova for potential fertilization
Sperm fraction
concentrate
Transcervical insemination
bypasses interactive factor
Timed intrauterine insemination with sperm fraction concentrate
within 24 hours after ovulation increases potential for fertilization

شكل (٢٠) (٤)


Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT) and Zygote Intrafallopian Transfer (ZIFT)
Normal tubal function
Normal ovarian function
Abnormal male and interactive factors
Zygote
In vivo fertilization
Implantation
Ova
Sperm
Cannula
Gift. Ova and sperm fraction concentrate placed directly into fallopian tube
Gonadotropins and HCG
Ova
Superovulation induced with gonadotropins and HCG. Ova aspirated from mature follicles for intrafallopian transfer techniques
Implantation
Cannula
IVF
Zygote
JOHN A.CRAIG
Zift. Ova fertilized in vitro (IVF); resulting zygotes placed directly into fallopian tube

شكل (٢١) (٤)

Carcinoma of endometrium

آفات خبیثه رحم از جمله امراض جهاز تناسلی داخلی اند که از طبقات مختلف رحمی منشا گرفته و نوع کارسینومای آن از انساج وظیفوی رحم ونوع سارکوما که خطرناکترین و بدترین نوع آفات خبیثه رحم است از نسج ستروماى آن منشا گرفته است.

اپیدیمیولوژی

اگرچه آفت در تمام سنین می تواند عاید حال خانم ها گردد ولی بیشترین فیصدی آن از سن ۴۵ به بعد راپور داده شده است. سالانه ۱۵۰۰۰۰ خانم در سطح تمام جهان مصاب به آفت می شوند که ۳۵۰۰۰ آن در اضلاع متحده بوده و ۴۰۰۰ وفیات دارد. فیصدی وقوعات در آسیا،آفریقا و امریکای جنوبی ۴ مرتبه پائین تر است.

اسباب

سبب و علت مشخص برای عارضه وجود ندارد ولی یک تعداد فکتورهای مساعد کننده مطرح شده است که عمدتا عبارتنداز

- Obesity یا چاقی.
- خرابی میتابولیزم کاربوهیدرات ها مانند مرض دیابت .

●خانم هایی که هیچ ولادت نکرده ویا پاریتی کم دارند وفرط فشارخون دارند.

●خانم هایی که دیر به صفحه مینوپوز داخل می شوند.

●هیپرپلازی غیروصفی غدوات داخل اندومتر

●خانم هایی که معروض به گرفتنستروجن تنها به مدت دوامدار شده اند (در حدود ۲۳،۲ فیصد) ودر صورتیکه درتداوی مشترک با پروجسترون به ۲۱،۳٪ تنقیص یافته است.

●تومورهای رحمی ایکه وظیفه افرازی داشته باشند مانند Femising Ovarian tumor،Theaca cell tumor ،گرانوزل سل توموروغیره.

●خانم هایی که سابقه شعاع تراپی دارند.

● خانم هایی که سابقه فامیلی (مانند مادر، خواهر،عمه، خاله وغیره) سرطان های ثدیه ، رحم وتخمدان را حکایه می کنند(Genitic predisposing Factor)

● در نسل اول و دوم جاپانی های مهاجر آمریکا که رژیم غذایی غنی و پرانرژی و حاوی چربی حیوانی داشته اند، وقوعات بلندی دریافت شده است.

اعراض وعلائم

خانم هایی که کمتر از ۵۰ سال دارند در۱۵٪ وقایع مصاب به آفت شده ،درحالیکه ۵٪ خانم هایی که سن کمتراز ۴۰ سال دارند مصاب به آفت می شوند.

تزاید فاصله بین دو عادت ماهوار ویا هیپومینوره از اثر تغییرات در افرازات سیستم اندوکرین به وجود می آید

از نظر سریری عمدتا حالات ذیل بملاحظه می رسد

۱- هنگامی که خونریزی غیر منظم بین الحیضی ، خونریزی هایی که در هنگام فعل مجامعت به وجود می آید ، خونریزی هایی که به شکل هیپرمینوره باشد، معمولا باید اولین فکر را به طرف کانسر اندومتر برده و در ۱/۳ واقعات عارضه عرض اندام کرده می تواند و ایجاب هستوپتالوژی را می کند تا تشخیص قطعی شود. علاوتا خونریزی هایی که به شکل افرازات مهبلی خوندار بملاحظه میرسند درصورتی که با پیومترا مترافق باشد. به طرف کانسر اندومتر بیشترباید فکر شود

۲- درد بطنی در صورتی که پیومترا و یا ارتشاح آفت تاسس کرده باشد.

۳- اعراض بولی ویا رکتل در صورت کانسر پیشرفته تظاهر می کند.

۴- اعراض متاستاز درشش ها، دماغ وغیره در حالات پیشرفته.

برای تثبیت آفت نزد مریضه معاینات ذیل انجام شود

- معاینه مکمل مهبلی جهت دریافت ، محل ، حجم وعلت آفت که آیا کتله دررحم ، عنق رحم ویا مهبل موجود است وچه خصوصیات دارد.
- سونوگرافی Trans vaginal با هدف دریافت ساختمان رحم، درجه ضخامت اندومتر، بررسی حجم رحم ، ملحقات وغیره.
- در عنق رحم در stag II و stage III آفت علائم غیر طبیعی صریحا کتلات به شکل Polypoid بملاحظه رسیده وحتی ممکن است خود عنق و قسمت های Suburethral هم آفت را واضحا نشان دهند.

<u>Staging of E .carcinoma</u>

Stage I: افت صرف در اندومتر رحم محدود باقیمانده است .

Stage II: افت کانسروز طبقه میومترو عنق رحم را مصاب ساخته و به هیچ وجه ساحه رحم را تجاوز نکرده است.

Stage III:افت از ساحه رحم به بیرون تجاوز نموده ولی به هیچ وجه از حوصله حقیقی به بیرون نرفته است.

StageIV:عارضه به خارج از حوصله تجاوز نموده غشای مخاطی مثانه و رکتم هم معروض به افت شده است.

تــــداوی

جراحی: تداوی انتخابی و معقول نزد مریضان مصاب به کارسینوم رحمی عبارت از تداوی جذری جراحی است که رحم و ملحقات رحمی مکملا برداشته شود ، یعنی نزد مریضه bilateral salpingoophrectomy انجام شود. اکثر خانمها تا stage II که نزدشان هسترکتومی اجرا می شود از تشخیص باقی می مانند.در صورتیکه افت به stage III رسیده باشد یعنی عنق رحم به افت اشتراک کرده باشد بهتر است نزد مریضه علاوه بر هسترکتومی جذری لمف ادنکتومی حوصلی دو طرفه انجام شود و ضمنا از غدوات para aortic سمپل برای معاینه هستوپتولوژی اخذ گردد و علاوتا نزد اینگونه مریضان بهتر است رادیوتراپی انجام شود .

اگر موضوع انتشار افت به عقدات لمفاوی مطرح باشد ، نظر به اینکه این انتشار از طریق اوعیه مبیضی بیشتر انجام می شود لذا عقدات para aortic در بیشتر از ۵۰٪ وقایع به افت اشتراک پیدا می کنند .اگر عملیهٔ اجرای para aortic adenectomy نزد مریضه مطرح باشد خصوصا نزد خانمهای چاق حتی با

پیشرفته ترین تجهیزات طبی و ماهرترین جراح در سطح ایالات متحده امریکا کار بسیار مشکل افرین و طاقت فرساست ، بنابراین در stage I و stage IIتداوی هم می تواند مؤثرو هم به اسانی عملیه جراحی انجام شود و در stage III و IV انذار ان خراب تر بوده و هم عملیات ان مشکل ترمی باشد.

رادیوتراپی: موضوع رادیوتراپی سرطانهای اندومتر امروزه مورد منازعه است و محققین به این عقیده اند که اگر افت به طبقات عمیقه رحم نفوذ کرده باشد این تداوی می تواند موفقیت در زمینه کنترول سیر افت وhave life مریض داشته باشد، اگر چه مطالعات انجام شده در هالند کدام مفیدیت را در این زمینه راپور نداده است. لذا چنین توصیه کرده است که رادیو تراپی ابتدا نزد خانمهاصورت نگرفته و یا اینکه در صورت عود مرض به این وسیله توصل ورزیده شودو نتایج بهبودی در حدود ۵۰٪ است. تداوی در مریضانی که افت پیشرفته کارسینومایی دارند نظر به وضعیت و حالت مریضه و درجه پیشرفت افت بصورت فردی فرق می کندولی رویهم رفته تداوی جراحی در صدر جدول تداوی قرار نمی گیرد و عمدتا شاید در ابتدا تداوی شعاعی ضرورت باشدو بعدا به تداوی جذری هسترکتومی اقدام شود.

تداوی با مرکبات پروجسترون به شکل paliative از عود مرض جلوگیری کرده می تواند خصوصا اگر سرطان اندومتر از نوعی باشد که از تاثیر استروجن به میان امده باشد و یا به عبارت دیگر sterogen dependet Endometrial.Cancer باشد.

در جدول ذیل فیصدی حیاتیت را بر اساس stage سرطان ملاحظه می کنید

.

Stage	فیصدی حیات در ۵ سال
I	83
II	71
III	39
IV	25

Diseases of the Vulva
امراض دهلیز

دهلیـزماننـد دیگـر اعضـای تناسـلی مصـاب آفـات مختلفـه وصـفی وغیروصفی شـده مـی توانـد ماننـد انتانـات جلـدی ، ترضیضـات خصوصـاهنگام ولادت وتومورهای مختلفه سلیمه وخبیثه که بااجرای معاینات مختلفـه مـی توانـد بررسی ، تشخیص ونهایتا تداوی گردد .ازنظر سـببی عوامـل مختلفـه ذیـل باعـث بروزعارضه می گردند:

انتانات جلدی در vulva عبارتند از:

عکس العمل های حساسیتی، فولیکولیت ،Intertrigo،scabies وغیره

انتانـــات وصـــفی ومعـــین دیگرماننـــد تریکومونـــادس، مونیلیـــازیر، کاندیلومااکوميناتا، هرپس جینیتالیس وبارتولینیت.

۱- condyloma acuminate

ایـن مـرض از جملـه امـراض جلـدی زهـروی زخـم دار بـوده کـه توسـط Human papiloma virus نوع (VHP) نوع ۱۸،۱۶،۱۱،۶ تولید میشود که یـک ویروس با DNA کوچک میباشد.

حـالاتی ماننـدگرفتن C.O.C ،حـاملگی، وانحطـاط دهنـده هـای سیسـتم معافیت بدن (Immunosupressives) رشداین وایروس راتقویت میکند.

درحدود ٪20 وقایع به آفات خبیثه تحول میکند دردوران حاملگی معمولا کاندیلومادرخانمهای جوان به صورت بنفسه شفایاب میگردد .درخانمهای مسن وکسانی که آفت دوام پیدا می کند باید با(Trichlor acetic acid 25%) وpodophyllinدرالکول به صورت موضعی تداوی گردد.مرض warts درظرف ۳-۴ روزارچق گرفته ومی پاشد. اماتداوی باید تامعدوم شدن کامل تخریبات عمیقه ادامه یابد .اگر تخریبات آفت وسیع باشد یاباتداوی جراحی برداشته شودو یااینکه باعمل diathermy ویا اشعه لایزرسوختانده شده و تداوی گردد.

مردیاپارتنرمریضه بایداز نظر مرض معاینه مکمل شود و HPV نزدش بررسی گردد. .درصورتی که آفت فعال درخانم حامله به ترم موجود باشد C.S انتخابی برای جلوگیری ازفرنجیت ولرنجیت نزد طفل باید انجام شود.

زرق Interferon وکریم های موضعی از جمله تداوی های پیشنهادشده به آفت می باشند.

Herpis genitalis -۲

هرپس ساده وایروس($H.S.V_2$) یکی ازمعمولترین انتانات وایروسی (DNA Viral infection)که دهلیز رامصاب می سازد می باشد . درحدود ۸۰ فیصدخانم های بین سنین ۲۰-۳۰ ساله که فعالیت جنسی بلنددارندمصاب آفت میشوندوازجمله امراض S.T.D می باشد.

دوره تفریخ مرض ۲-۷ روزاست اعراض ابتدائی مرض به شکل خارش و پارستیزی که به تعقیب آنها وزیکول های کوچک در نواحی شفتان کبیره،صغیره وجبل الزهره رونمامیگردد تظاهر می نماید .که بعدا تمزق نموده وقرحات

دردناک راازخود بجا می گذارد. عقـدات ناحیـه بعضـی بـزرگ ودردنـاک مـی شوند . تخریبات مـدت ۲-۶ هفتـه دوام مـی کنـدو سـپس بـدون گذاشـتن بقایـا شفایاب می شوند .خـانم ازتـب و لـرزه حکایـه نمـوده وافـرازات مهبلـی ازسـبب التهاب عنق رحم تزاید می یابد .در ۸۵ فیصد وقایع بعدازهفته سوم انتی بادی نزد مریضه تحری شده می تواند.

عوارض بلند اسـت (۵۰٪) ولـی اعـراض وعلائـم خفیـف تربملاحظـه مـی رسد .مزمن شدن قرحه زمینه ساز کانسر مهبل وعنق رحم خواهد بود، oral sex سبب فرنجیت وتقرح درجوف دهن می شود.

cytology،Biopsy،culture وتستELISA در تحـری آفـت ضروراسـت که انجام شود.

تـــداوی

۱- برای رفع درد انالجزیک های عمومی وموضعی یاپماد،تجویزگردد.

۲- باتجویزانتی بیوتیک هااز مداخله انتانات ثانوی جلوگیری شود.

۳- استفاده ازبیتادین موضعی درظرف ۸- ۱۰ روزموثراست.

۴- ازپماد acyclovire 5% بمقصدرفع درداستفاده گردد.

۵- ازطریق فمی Acyclovire بمقدار 200mg پنج مرتبـه درروزبـرای ۷-۱۰ روزاستفاده گردد.

۶- Valacyclovire 500mg/BD ویا Famcyclovir 125mg/BD موثریـت خوب دارد.

۷- ترجیحاً C.S درحمل به ترم انجام شود.

۸- Pop smear متناوب به مقصد جلوگیری ودریافت آفت سرطان عنق انجام شود.

۹- پارتنرخانم ازنظرمرض بررسی ومعاینه شود.

۱۰- مریض ازنظرامراض دیگرS.T.D بررسی گردد.

۳- Proritus Vulva (خارش مهبلی)

عبارت ازاحساس خارش شدیداست که مریضه را متقاعد به خاریدن ناحیه می کند وخارش دوامدار سبب خراشیده گی ناحیه شده و زمینه ساز مداخله انتانات می گردد.

ازنظرسببی عوامل متعددی که باعث خارش میگردند وجوددارد که به کتگوری های مختلف دسته بندی گردیده که شناسایی آنهابعضاهم مشکل می باشد.

اسبـــاب

A- عمومی: مانند دیابت، یرقان، یوریمیا، سیروز جگروغیره.

B- غذائی: کمخونی آهن، کمخونی پرنیشیوس و کمبود vit Aوغیره.

C- موضعی: درماتیت، حساسیت مقابل صابون، دوای شوینده، زیرپوش نایلون، کاندوم و کرم های کشنده سپرم.

D- تخریبات Vulva: ازسبب کاندیلوما، مرض paget's، دیستروفیا کراوروزیز، ولویت senil و ولویت توسط شعاع.

E- انتانات مهبلی: تریکوموناوس، مونولیاز.

F- سرویسیت هائی که افرازات زیاد تولید میکنند.

G- مقعدی: امیبیازیز و کرم های معدی معائی.

H- روحی روانی و masturbation.

تشخیص

تشخیص بالای معاینات ذیل استوار است

۱- معاینه خون: هیموگلوبین، شکر خون و وظایف جگر،کلیه ها.

۲- موضعی: سمیر گرفتن، بیوپسی و کلچرمواد.

۳- معاینه ادرار و مواد غایطه

تـــداوی

۱- تداوی سببی باساس علت دریافت شده

۲- پماد هیدروکورتیزون بصورت موضعی

۳- توصیه سیداتیف ها

۴- کریم زینک اوکساید در جلد های سخت

۴- آفات کانسری vulva

مجموعاً به بخش امراض کانسری جهاز تناسلی مطالعه میشود.

Diseases of the vagina

امراض مهبل

معمـــولترین آفـــات و امـــراض مهبـــل شـــامل اســـت بـــه : جروحـــات ترضیضی،انتانات مهبلی، تغیرات مهبل در دوران مینوپوز ، افات کانسروز مهبـل و cyst های مهبلی.

I. جروحات ترضیضی مهبل

عبارت از جروحاتی اند که توسط عوامل ترضیضی در مهبل بوجود میآیند و زمینه ساز مشکلات مریض میگردند.

اسباب

۱- جـــروحـــات نـــافـــذه.

۲- جروحات بوسیله سامان و آلات جراحی.

۳- جروحات بمقصد انجام سقط های جنایی توسط سامان و وسائل.

۴- تجاوز جنسی بزور و یا عمل جنسی خشنانه.

۵- دخول جسم اجنبی توسط اطفال.

۶- گذاشتن حلقه پساری در حالات سقوط مهبل.

۷- سوختگی ها با مواد کیمیا وی مانند اسیدهای قوی، بتاسیم پرمنگنات و غیره.

۸- سوختگی از اثر شعاع.

۹- سوختگی با وسائل برقی مانند الکتروکوتر و شعاع لایزر.

۱۰- پاره گی در جریان ولادت که پاره گی مهبل و عنق رحم را در بر میگیرد.

جروحات معمولا باعث خونریزی، تشکل هماتوم و زمینه ساز مداخله انتان میگردند که به تعقیب ان قرحه، فیبروز وستینوز مهبلی بوجود میآید.

II. قرحات مهبل

قرحات مهبلی میتواند از اسباب مختلفه ذیل بوجود آید

۱- باقیماندن passary در داخل مهبل بمقصد جلوگیری از پرولابس رحم بمدت طولانی.

۲- قرحات (decubitus) در پرولاپس رحم.

۳- قرحات سفلیتیک.

۴- قرحات از باعث حرارت و مواد کیمیاوی سوزاننده.

۵- قرحات از سبب شعاع.

۶- قرحات از سبب scar های جراحی که منتن شده باشد.

اعراض: خانم از افرازات مهبلی خو ندار و یا چرکین که با درد شدید همراه است حکایه میکند.

تـــداوی: توصیه انتی بیوتیک های وسیع الساحه با انتی سپتیک های مهبلی جهت از بین رفتن انتان و ترمیم قرحات میباشد و ترجیحا باساس دریافت علت ، تداوی موثر و مطلوب است. Stenose و ندبات معیوبه اگر بمیان آمده باشد تداوی جراحی را ایجاب میکند.

Vaginal cyst III (کیست های مهبلی)

در مهبل چهار نوع cyst میتواند بملاحظه رسد

۱- کیست های قنات Gartner.

۲- کیست های Bartholine.

۳- کیست های Inclusion.

۴- کیست های Endometriotic.

1- Gartner cyst: این cyst از بقایای قنات wolf رشد و توسعه می یابد معمولا در جدار های وحشی و یا نزدیک فوهه خروجی مهبل بوجود میآید در صورتیکه کوچک باشد بدون اعراض و در صورت بزرگ بودن سبب dysparonia میگردد ،که ایجاب marsuplisation و کشیدن بوسیله جراحی را میکند.

2-Inclusion cyst: از اثر جوانه زدن غشای مخاطی مهبل ، در عملیات های مهبلی بعد از اپیزیتومی ،colporraphy و غیره بوجود میآید.

3-Endometriotic cyst: این نوع cystها در حذای fonix خلفی بملاحظه می رسد و معمولا بشکل یک cyst احتباسی که توسط یک ساحه منقبض شده و التوائی احاطه شده است تبارز مینماید. در جریان عادت ماهوار

بزرگ و دردناک میگردد و بعد از آن دوباره کوچک میشود.تداوی جذری آن برداشتن cyst و یا cuterization میباشد.

<u>Bartholin's gland-4:</u> غدوات بارتولین یکی از اورگانهایی است که در دهلیز موقعیت داشته وازآنجائی که آفات انتانی، آبسه وکیست را مکررا می توانند بسازند، لذا ایجاب مطالعه مفصل را مینماید. غدوات بارتولین در فوهه مهبل Intruitus موقعیت دارند وازنوع غدوات Recemose می باشند. افرازات این غدوات از طریق قنات خیلی کوتاه شان به داخل فوهه دخولی مهبل تخلیه می شوند و مهبل را مرطوب نگاه میکنند (خصوصاً در وقت مناسبات جنسی)

میکروب های عمده ایکه می توانند التهاب غدوات را به بار آورند عبارتنداز استافیلوکوک های طلائی ، E.colic وگونوکوک ها می باشند.

بارتولینیت به اشکال ذیل تصادف شده می تواند. (۵)

- Acute Bartholinitis: یک عارضه حاد التهابی غدوات و طرق افرازی آن می باشد. که مریضه از درد، حساسیت، تورم و پندیدگی موضعی شکایت دارد واز نظر عمومی تب دارد. از طرف مائوف اگر مجرا ی قنات باز باشد افرازات در دهلیز ومهبل به شکل فراوان می ریزد و اگر قنات بسته شود سبب تشکل آبسه می گردد. (۵)
- Chronic Bartholinitis: بصورت فزیکی لوحه انتان حاد در صحنه متبارزاست. مریضه از درد، حساسیت، تورم و پندیدگی موضعی شکایت دارد واز نظر عمومی تب دارد. یک تورم موضعی در قسمت خلفی جنبی . طرف مائوف در حذای

Introitus که به طرف شفهء کبیره تیله شده، مشاهده مـی گـردد وجلد شفهء مربوطه سرخ رنگ ،حسـاس و اذیمـایی دیـده شـده و جس می گردد. شاید افرازات چرکین از فوههء قنات آنها جریـان داشته باشد.

- Bartholine cyst: در شـکل Cystic غـدوات Bartholine، افرازات از آن خارج نگردیده و چون انتـان مداخلـه نکـرده اسـت لذا آنقـدر دردنـاک نبـوده و اعـراض التهـابی موضـعی و عمـومی ندارد ولی بعضا حجما خیلی بزرگ شده می تواند.

تشخیص: بالای اعراض وعلائم سریری گذاشته شده ولـی علـل مرضـی بـا کلچر و آنتی بیوگرام به خوبی تحری شده می تواند.

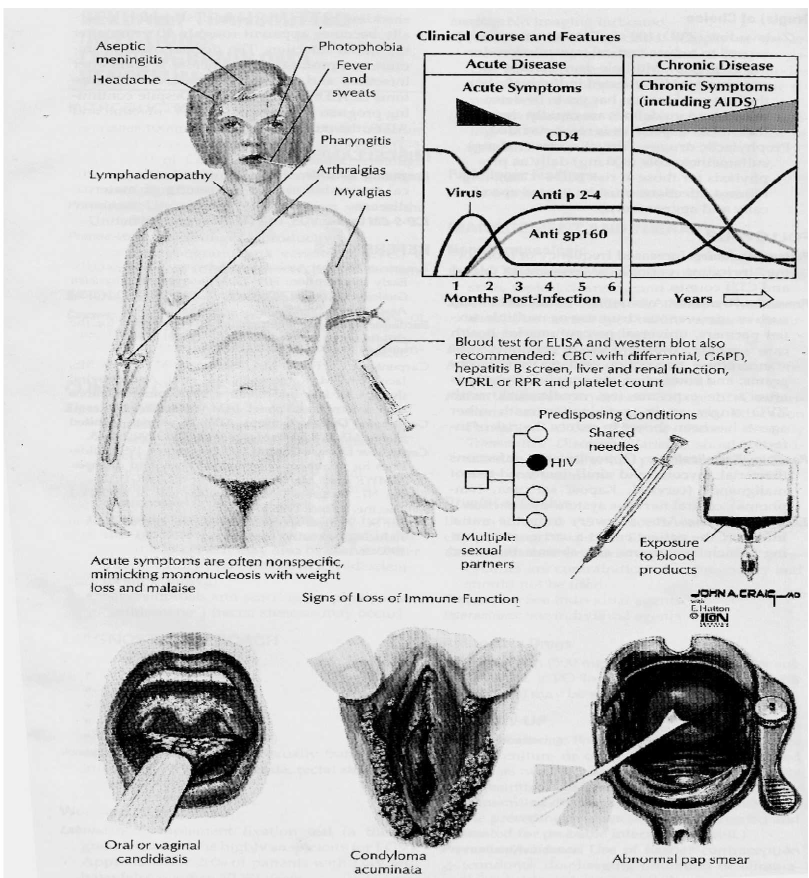
تـــداوی: تـــداوی دوامـــدار و مناسب براساس کلچـر و انتـی بیـوگرام ممکن است آفت را به طورجدی ریشه کن کند ولی دریـک تعـداد زیـاد وقـایع ضرورت به عمل جراحی احساس می شود که عبارت است از: (۹)

۱. کشیدن غده یا کیست که معمولاً در کیست های کوچـک انجـام می شود و در کیست های بزرگ امر مشـکلی میباشـد زیـرا خطـر انتان و هماتوما را دارد.

۲. Marsupalization: غده مائوفه تـداوی انتخـابی مـی باشـد وایـن عبارت ازباز کردن وسـیع جـدار کیسـت بـا شـق طـولانی و بخیـه کردن آن با جلـد مـی باشـد کـه درنتیجـه جـوف بـاز مـی مانـد و افرازات آن به خارج جریان پیـدا نمـوده و کیسـت دوبـاره تشـکل نمی کند. ناحیه انتخابی شق باید از طـرف داخـل از حـذای شـفهء

صغیره باشد، زیـرا اختلاطـات بعـدی را کمتـر مـی سـازد واز ایـن پروسیجر کاری در کیست هایی که حجم بزرگی دارنـد، اسـتفاده می شود.

۳. شق و تخلیه آبسه های بارتولین که از اثر بسته شدن قنات بارتولین و مداخلـه انتـان بـه وجـود مـی آیـد بـه ترتیبـی کـه عملیـهٔ Marsupalization انجام شد، اگر اجراگردد، نتیجه مطلوب خواهد بود. (۵)



شکل (۲۱) (۴)

Sexual transmitted disease-IV (امراض مقاربتی)

بسیاری از امراض انتانی ایکه در جهاز تناسلی نزد خانم ها ایجاد میشوند تحت نام S.T.D یاد شده ،زیراکه از یک پارتنر به پارتنر دیگر انتقال می یابد ومتاسفانه در نزد خانم ها تخریبات مختلف و متعدد را در دستگاه تناسلی بمیان میآورد که از حالات معیوبیت و تاسس امراض مزمن تا مرگ (ندرتا)فرق میکند. امراض S.T.D توسط بکتریا، پروتوزوا، فنگس ها و وایرس ها بمیان میآید.

S.T.Ds توسط عوامل ذیل بوجود میآید:

۱- گونوریا، تریکومونادس، کلامیدیا، لمفوگرانولوماوینیریوم، شانکروئید، کاندیلوما اکومیناتا، سکابیس، هیپاتیت B، سفلس، کاندیدیاز، Bacterial vaginosis، گرانولوماانگویتالیس، هرپس جینیتالیا، مولوسکوم کانتاجیوزوم، AIDs و غیره.

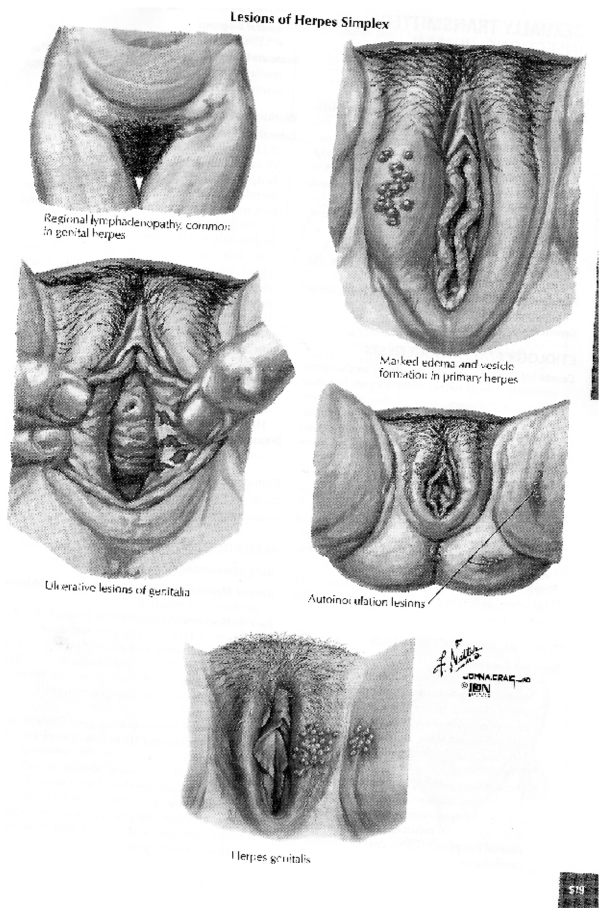
Gonoccucal Infection-1 (۱۱)

یکی از امراض قدیمه STD بوده که ابتدا توسط Albert Neisser تشریح و معرفی گردیده است و عامل آن بنام Neisseia gonorhoea (NG) یاد میشود.

در مرتبه اول ابتلا به آفت ۱۵٪ و درتکرار ابتلا به آفت تاسه مرتبه و یا بیشتراز آن(۷۵٪)عقامت ها را بار می آورد.

N.G یک بکتریای گرام منفی داخلی حجروی است . شکل کلیوی دارد عامل مریضی نزد خانم های که فعالیت جنسی زیاد دارند به وفرت دیده شده و زمینه انتقال مرضی میباشند. علاوتا از طریق وسایل آلوده در توالت، آرایشگاه ها

و البسه منتن خصوصا زیرپوش انتقال یافته میتواند . انتقال از مرد به خانم بیشتر صورت گرفته تا بر عکس آن . دوره تفریخ آن ۱۰-۲ روز از هنگام تلقیح میباشد.



شکل (۲۲) (٤)

Pathology

عامل مرض (NG) از طریق مهبل به طرف علوی صعود نموده ولـی اپیتیـل غشای مخاطی مهبل مقابل N.G مقاوم است و اما N.G میتواند نسج glans، احلیل و قنات بارتولین را مورد تهاجم قرار دهد که در نتیجه نزد مریضـه bartholinitis و urethritis بوجود میآید و زمینه ابسه بارتولین را که یا بنفسه تمزق نمـوده و یـا بایـد ذریعـه عمـل جراحـی برداشـته شـود ، مسـاعد میسـازد. در صـورت تشـکل cervicitis افرازات زرد رنگ از مهبل جاری میگردد . عامل مرضی توسط سپرم به طرف علوی انتقال نموده وزمینه را برای سلپنجیت مساعدمیسازد.هرگاه پروسـه دوام یابد از اثر انتشار میکروب به جوف حوصله pelviperitonitis و به تعقیـب آن general perintonitis عـرض انـدام میکنـد و نهایتـا ممکـن اسـت سـبب blockage تیـوب هـا و یـا التصـاق آنهـا گردیـده کـه عقامـت را در قبـال دارد. Pyosalpinx و hydrosalpinx هم از جمله عواقب ناگوار مرض است.

درصفحه مزمن مرض تحری میکرواورگانزم کمترامکان دارد.

اعراض و علائم کلنیکی (۱۱)

۱- urethritis: سـبب dysuria و فریکونسـی ادرار گردیـده و از احلیـل افرازات چرکین زرد رنگ جاری میشود.

۲- skenitis: افرازات خارج شـده از glands urethra سـبب سـختی نسـج جلداطراف آن شده که با تماس حساس میباشد.

۳- bartholinitis: درین حالت یک تـورم و برجسـتگی در شـفتان کبیـره مربـوط بملاحظـه رسـیده و آفـت ممکـن اسـت بطـرف تشـکل ابسـه بـارتولین و vulvitis پیش برود.

۴- cervicitis: ممکن است از اثر انتشار آفت به طرف علوی بمیان آید که افرازات زرد رنگ چرکین از مهبل جاری شده و بعدا این افرازات آبگین میشود.

۵- salpengitis & Pelvi peritonitis: درین حالت نزد خانم درد حاد بطنی، تب و افرازات وافر مهبلی عرض اندام میکند با معاینه قسمت سفلی بطن حساس و اندفاعی میباشد در مراحل بعدی ممکن است کتله در این قسمت تشکل نموده که با معاینهء مهبلی کتله دو طرفه و غیر متحرک در دو طرف حوصله جس میگردد و رحم بصورت retroversion تثبیت میشود.

در صورتیکه آفت مزمن گردد خانم از کمر دردی، در د قسمت سفلی بطن و افرازات وافر مهبلی شکایت دارد مینوراجی، دیسمینوره و مجامعت دردناک از اعراض دیگر مرض اند که از اثر احتقان حوصلی نزد مریضه بوجود میاید.

۶- کسیت بارتولین، skenitis، سرویسیت ، کتله حوصلی، عقامت و حمل خارج رحمی از محصولات مزمن شدن انتان میباشد.

۷- perihepatitis و التصاقات کبدی در صورت انتشار بطنی آفت بملاحظه رسیده میتواند و خانم از درد کوادرانت علوی راست شاکی میباشد.

۸- فرینجیت (oral sex) ارتریت و اندوکاردیت از عوارض نادر مرض اند.

تشخیص

برای تشخیص درست آفت قرار ذیل باید پروسه بررسی گردد.

۱- wet smeare از غدوات بارتولین، احلیل و عنق رحم گرفته شده که در ٪۷۰ وقایع آفت را مشخص میسازد.

۲- کلچر افرازات در محیط Thayer martin و غیره محیط های زرع، میکرو اورگانزم را مشخص میسازد.

۳- معاینه خون gonoccucal complement test بعد از چند هفته مصابیت به N.G انتی بادی را مشخص میسازد.

۴- تست fluorecent نیز میتواند مفید واقع گردد.(برای تشخیص)

۵- از آنجائیکه chlamydia و سفلیس نیز از جمله امراضی اند که با گونوریا توام میگردند لذا تست های مربوطهء آنها هم اگراجرا شود مفید خواهد بود.

۶- تشخیص قاطع از نظر سریری مشکل است.

Threatment (تداوی)

۱- peniciln procaine هنوز هم دوای انتخابی است و با زرق 4/8mil یونت در حدود ۹۰٪ وقایع شفایاب میگردد.

۲- oral / Ampiciline 3,5 g+Amoxacilline 3g+ probinicide 1g در یک دوز واحد

۳- نهی کننده های Beta lactamase مثلا calvulanic acid بمقدار 250mg در یک دوز واحد

۴- اگر مریضه به پنیسلین مقاوم باشد از spectiromycin بمقدار 2g،با cephalosporin و یا vibramycin 300mg استفاده گردد.

۵- ازانتی بیوتیک های دیگر مانند تتراسیکلین یا اریترومایسین به مقدار ۵۰۰ ملی گرام هر ۶ ساعت بعد و یا doxacyclin100$^{mg}/_{BD}$ برای ۷ روز.

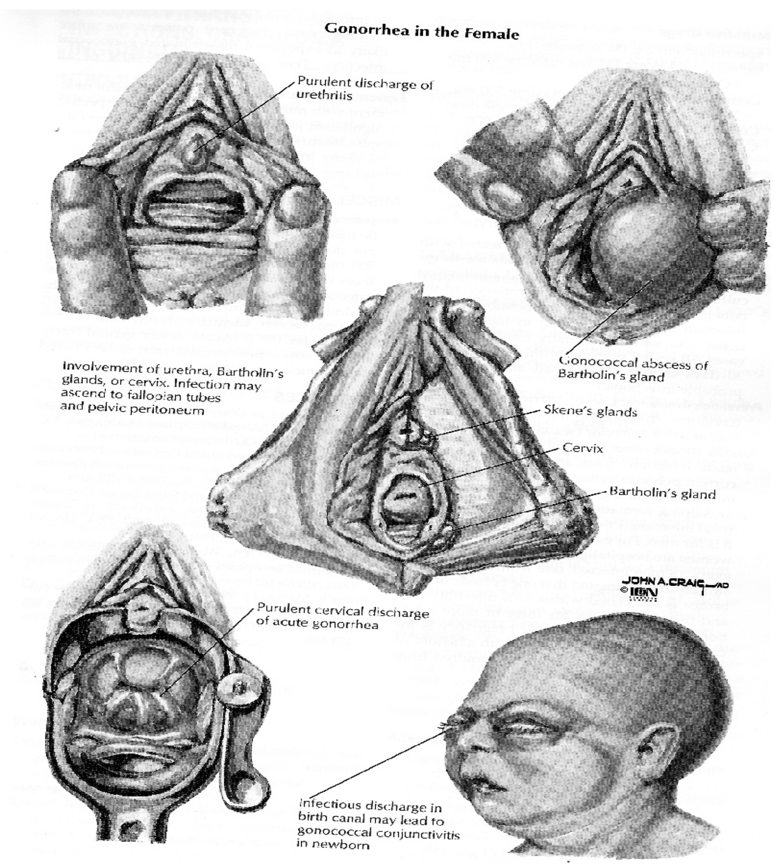
۶- در صورت انتانات ضمیموی به همین ترتیب تداوی اجراء گردد.

۷- در صورت پریتونیت توصیه بستر، مایعات وریدی و دریناژآبسه و غیره

۸- در بلاک تیوب ها ، توبو پلاستی (ترجیحا هیدروتوبشن)

۹- محدود ساختن مجامعت، بررسی پارتنرجنسی و تداوی آن، استفاده از کاندم از جمله تداوی های ضروری اند.

۱۰- امروز از تداوی با Cefixim، Ceftriaxon،Oflaxicin,levoflaxicine و Ciproflaxacine هم استفاده می شود. (۶)



شکل (۲۳)　　　　(٤)

Trichomoniasis -2

تریکو مونیازیز نیز یکی از امراض انتانی شایع در نزد خانم هاست . تریکو موناس مهبلی پروتوزوای متحرک و غیر هوازی میباشد که خفیفا از لوکوسیت ها بزرگتر بوده و ۴عدد فلاجل قدامی دارد.

بصورت عمده از اجرای عمل جنسی انتقال میکند (نزد اطفال از توالت و زیر پوش های منتن و یا کاغذ تشناب و حوله های منتن).

اعراض کلنیکی (۹)

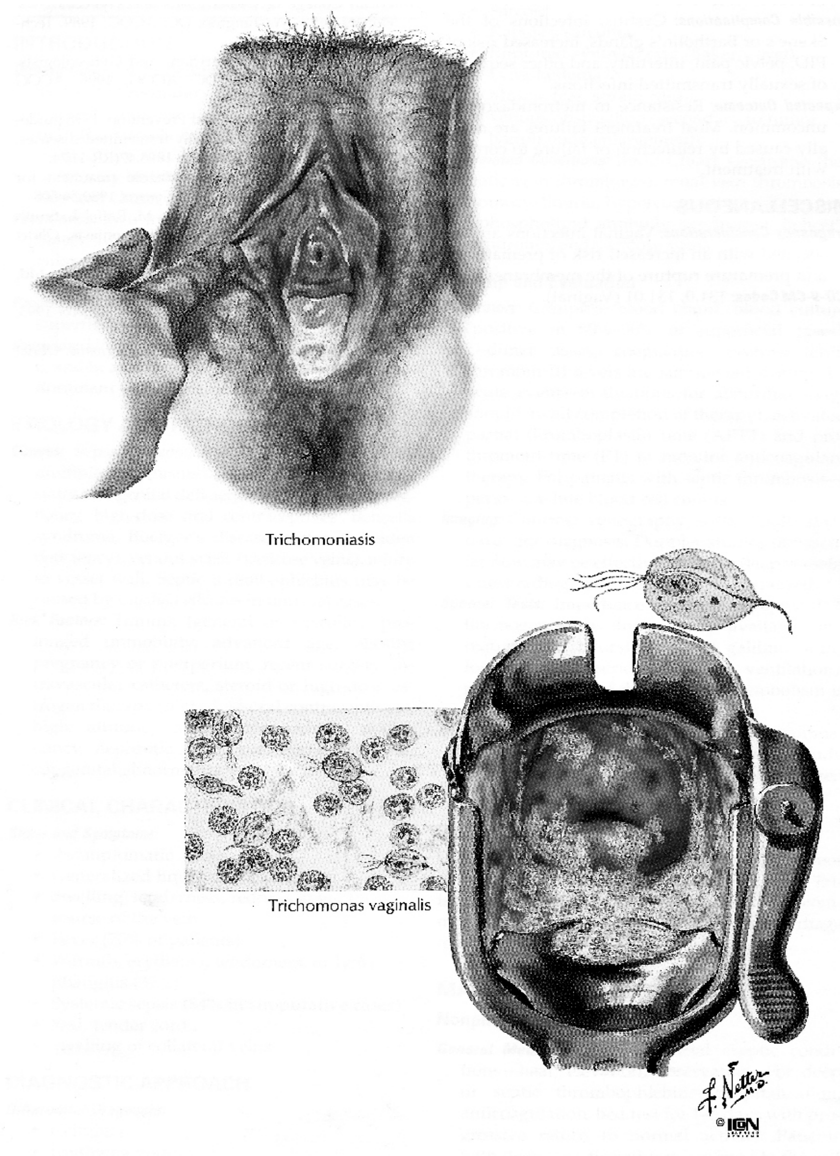
در حدود ٪۲۰ وقایع بدون اعراض کلنیکی است و در حدود ۲۸-۴ روز بعد از منتن شدن اعراض آن تظاهر میکند نزد خانم ، افرازات قف دار سبز رنگ و یا زرد رنگ که با سبب خارش و سوزش مهبلی میشود بملاحظه می رسد که با dysparonea همراه است ، مهبل التهابی بوده و نقاط مشابه به توت فرنگی بالای غشای مخاطی مهبل و عنق رحم بملاحظه می رسد. Dysuria و فرکونسی ادرار هم نزد مریض دیده شده میتواند.

تشخیص

۱- wet smear تهیه گردد که پروتوزوای متحرک را نشان میدهد.

۲- pop smear تریکومونادس را اکثراً مشحض میسازد.

۳- کلچر در محیط Fienberg Luhittington در حدود ٪۹۸ میکروب را مشخص میسازد.



شكل (٢٤) (٤)

تـــــداوی

۱- مترونیدازول200mg/TID برای ۷ روز

۲- برای جلوگیری از دلبدی و استفراغ 2g مترونیدازول در شب به یک دوز واحد و یا اینکه دو شب هر شب یک گرام

۳- در ترایمسر اول حاملگی بهتر است از تجویز مترونیدازول اجتناب شود و از بتادین یا تریکوفوران مهبلی استفاده گردد

۴- پارتنر جنسی بررسی و تداوی گردد و از وسائل Barrier (condum) استفاده گردد.

3- Candidiasis

توسط candida Albicans که یک فنگس گرام مثبت است بوجود میاید. این فنگس در محیط اسیدی (۴ الی ۵) با موجودیت کاربوهیدارت رشد میکند، ازین سبب رشد آن در هنگام حاملگی، دیابت، گرفتن دوامدار pillهای ضد حاملگی و گرفتن انتی بیوتیک بیشتر مساعد میگردد.

اعراض سریری

خانم از افرازات غلیظ شیر مانند حکایه نموده که با خارش شدید همراه است که در نتیجه مهبل سرخرنگ و تخریش شده بنظر می رسد. در حالات شدید خانم از dysurea و مجامعت دردناک شاکی است.

در معاینه با سپیکولومpatcheهای سفید پنیر مانند در سطح غشای مخاطی مهبل دیده میشود. با برداشتن این patcheها یک ساحه هموار ژیک در تحت آن

بمشاهده می رسد و قرحات کوچک هم در سطح غشای مخاطی مهبل ممکن است دیده شود.

تشخیص

۱-wet smear در مخلوط محلول نمکی همراه با ۱۰٪ پتاسیم هیدروکساید اشکال hyphae و spore کاندیدا را نشان میدهد.

۲- کلچر در محیط sabouraud's کولونی های مدور در ظرف ۴۸-۷۲ ساعت نشان میدهد.

۳- کلچر در محیط Nickerson's سبب انکشاف کولونی های سیاه رنگ در ظرف ۴۸-۷۲ ساعت میگردد.

تداوی

۱-Fluconazol 150mg در یک دوز واحد از طریق فمی.

۲-Imidazol یک مشتق میکونازول بوده و بشکل پساری مهبلی تهیه شده است.

۳- Mycostatin(Nystatin) 100000ut بشکل پساری تهیه شده و بمدت ۱۴ روز تطبیق میشود.

۴- پساری clotrimazol بمقدار 100mg/un.

۵-Nystatin فمی (500000 ut).

۶- Jention violet بصورت موضعی که ارزان است ولی معذرت آن رنگه ساختن لباس و مهبل است.

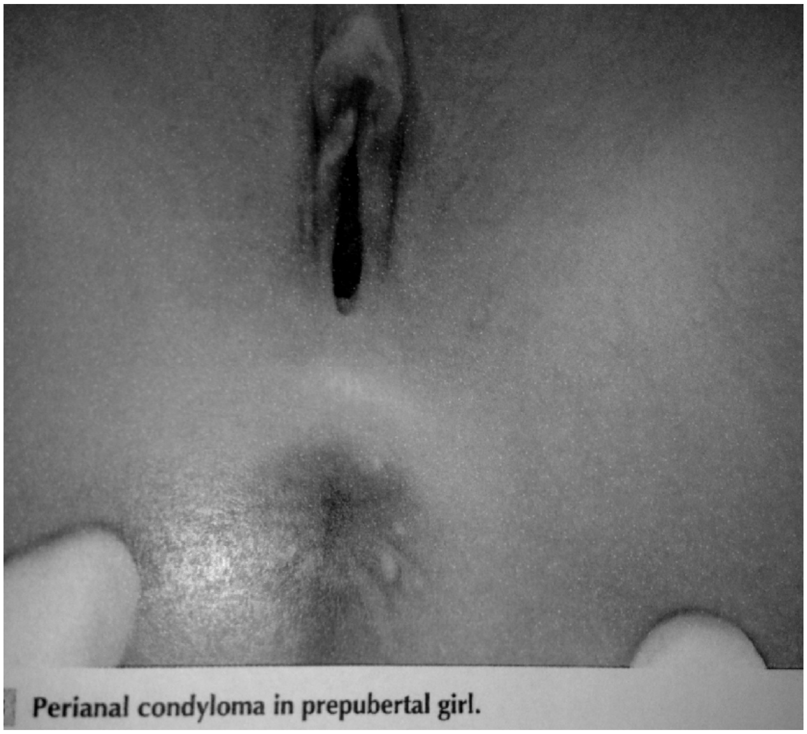
۷-عمدتا مراعات حفظ الصحه شخصـی و اسـتفاده از ضـد حـاملگی هـای Barrierاز عود مرض و انتقال انتان جلوگیری میکند.

۸- دیابت همزمان با مرض اگر موجود باشد تداوی گردد.



Figure 14.17 Candidal vulvitis.

(۴) شکل (۲۵)



شکل (۲۶)   (۴)

Chlamydial infection -4

مرض توسط Inclusion Body که یک میکروب گرام منفی داخل سلولی است ایجاد میشود و بدو شکل خانم ها را مصاب میسازد . یک شکل ان سیر مخفی داشته ولی متاسفانه تخریبات نفیری وسیع داشته و با گونوکوک ها مترافق دیده میشود و شکل دیگران lymphogranulma venereum را میسازد که این شکل با گرفتن pillهای حاملگی بیشتر شدت پیدا میکند در جریان بارداری زمینه سقط (٪۱)، ولادت قبل المیعاد و تأخر رشد داخل رحمی جنین را

(IUGR) نزد خانم حامله و نزد طفل نوزاد لوحه کلینیکی ophthalmitis را میسازد.

انتان عمدتا در دوران باروری و در حدود ٪۲-۱ خانم های حامله را مصاب میسازد . دوره‌ء تفریخ مرض ۱۴-۶ روز بوده و معمولا مرض خاموشانه سیر نموده و اکثرا بدون اعراض و علائم کلینیکی میباشد .نزد بعضی خانم ها افرازات مهبلی ، urethritis و درد قسمت سفلی بطن موجود میباشد.

در عنق رحم cervicitis بملاحظه رسیده و ندرتا التهاب گوش متوسط، آرتریت، تخریبات جلدی نیز انکشاف میکند که بنام Reiter's syndrom یاد میشود.

با موجودیت آفت Gonococal مکروب chlamydial سبب Hepatite و HughCurtis syndrom میگردد.

نزدمادر حامله مصاب کلامید یا طفل نوزاد با chlamdial conjunctivitis، التهابات Nasophryngeal، otitis گوش متوسط و پنومونیا میگردد.

تشخیص

۱- در سمیریکه از احلیل و عنق رحم گرفته می شود با استفاده از فلوریسینت و انتی بادی monoclonal conjugated را تست immunofluoresence تثبیت میگردد.

۲- در سمیر تهیه شده از عنق رحم تعداد لوکوسیت ها تزاید می یابد. ولی میکرو اورگانزم بملاحظه نمی رسد.

۳- انتی بادی IGM در حدود ۳۰٪ خانم های منتن تحری شده میتواند.

۴- از کلچر سمیر تهیه شده از عنق رحم کلامید یا تحری شده میتواند.

۵- polymerase chain reaction ستندرد طلائی در تشخیص کلامید یا میباشد.

تـــداوی

۱Tetracyclin و clindamycin بمقدار - 500mg هر شش ساعت برای ۱۴ روز.

۲- بشکل ترکیبی از cefoxitin وCiftriaxan همراه با Doxacyclin برای ۱۴ روز روزانه دو دفعه.

۳- Amoxicilin 500mg/TID برای ۷ روز.

۴- Azithromycin 1g در یک دوز واحد فمی.

۱- دریافت تماس کننده ها و استفاده از وسایل ضد حاملگی Barrier از عود و تکرار مرض جلوگیری میکند.

Lymphogranuloma venerium -5

انتان کلامید یایی که احلیل، عجان و عنق رحم را متاثر میسازد دوره تفریخ ۲۱-۷ روزه دارد. آفت ابتدا (visicopustular)دیده شده که با لمف ادینو پاتی ناحیه inguinal همراه میباشد. انضمام انتان تالی سبب تورم و پندیدگی و دردناک شدن عقدات گردیده که با جس سخت ، دردناک وحساس میباشد . که اگر تداوی نگردد تقرح می نماید. هرگاه ناحیه Anorectal معروض به آفت گردد اذیمائی گردیده و عمل تغوط بمشکل مواجه میشود. که با خونریزی

مقعدی مترافق است. شفایابی با ندبات فیبروتیک وسیع در مهبل و رکتم همراه است در صورتیکه انتان سیستمیک گردد نزد مریضه تب، سردردی، دردهای بطنی و مفاصل بملاحظه می رسد.

تشخیص

۱- تست Frei و ELISA اجرا شود.

۲- تست complement fixation انجام شود.

۳- تست Micro immunoflorescens اجرا شود.

۴- کلچر اجرا گردد.

۵- سمیرهای که از احلیل و مهبل تهیه میشوند inclusion bodies را مشخص میسازد.

تداوی

1 - Tetracyclin روزانه بمقدار 2gدر چند دوز برای ۲ تا ۴ هفته

۲-Doxacyclin 100mg/BD برای ۳-۲ هفته

۳- Erythromycin بمقدار 500mgهر شش ساعت بمدت ۲ تا ۳ هفته

۴- Amoxicillin 500mg/TID برای ۷ روز

۵- sulfasuxazale 500mg هر شش ساعت بعد برای دو هفته

۶-Azithromycin 1g در یک دوز واحد

۷- ندبات و سکارهای مهبلی و مقعدی ضرورت به عملیات جراحی دارند و سکارهای دهلیزی vulvectemyرا ضرورت دارند.

Chonhcroid -6

شانکروئید بحیث یک مـرض saft sore از جمله امـراض STD بـوده کـه توسط HaemoPhilus Ducreyi تولید میشود دوره‌ء تفـریخ آن ۵-۳ روز اسـت و آفت ابتدا به شکل پاستول در ساحه عجان تظاهر میکنـد پوسـتول تقـرح نمـوده و بزودی تقرح وسعت پیدا کرده که حاوی افرازات بد بوی و وافـر اسـت عقـدات لمفاوی بزرگ گردیده و bulbus تشکل میکند هر چند کـه ایـن قرحـه بـزرگ و سخت نیست.

تشخیص

۱- هموفیلوس دوکری یک باسیل گرام منفی غیر هوازی است که میتـوان در میحط سیروم rabbits آنرا کلچر و تحری نمود.

۲- تست دیگر عبارت از زرق 0.3ml واکسن تحت الجلـدی میباشـد کـه در نتیجه بعد از ۲۴ ساعت یک سرخی به طول 8mm نمودار گردیده کـه مثبـت بودن آفت را وانمود میکند.

تـــــداوی

۱-Tetracylin + Erythromycin 500mgبرای ده روز

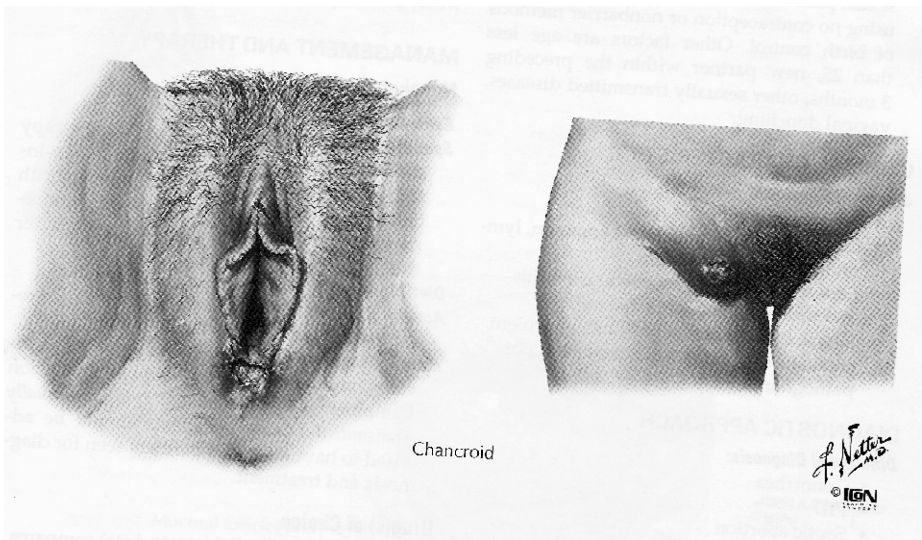
۲- در وقـایع مقـاوم بـودن مـرض از streptomycin و kanamycin میتـوان استفاده برد.

۳- ciftriaxon 2mg/im در یک دوز واحد.

۴-streptomycin 2g در یک دوز واحد.

۵-Amoxicilin 500mg + clavulanic acid روزانـه سـه مرتبـه بـرای ۷ روز.

۶- تخلیهBulosضروریست که انجام شود.



شکل (۲۷) (۴)

7- Aquired Immunodeficiency syndrome (AIDS)

AIDS توسط Retrovirus بوجود میاید از مرحله منتن شدن الی ظهور اعراض (دوره تفریخ) چند سال محدود را در بر میگیرد. ویروس حاوی یک پروتین در هستهء خود بوده که توسط گلایکوپروتین احاطه شده است و در ظرف نیم ساعت به حرارت 50^c و هم چنان توسط hypochloritic، فورم الدیهاید، ایتانول ٪۷۰، هیدروجن پراوکساید ٪۶ و بیتادین ٪۲،۵ تخریب میگردد.

AIDS مستقیما توسط عمل جنسی، انتقال خون که HIV^+باشد ، از طریق جلد و غشای مخاطی تخریب شده یا قطع شده میتواند شخص را مصاب بسازد.افت هم چنین نزد افرادیکهHomo sexual هستند و یا اینکه سرنج های

منتن را استعمال میکنند انتقال می یابد. در جریان بارداری و ولادت انتقال از طریق پلاسنتا انجام شده میتواند و هم چنان از طریق ادویه ایکه از محصولات خونی تهیه میشوند عامل مرضی انتقال کرده میتواند.

افرادHigh risk آفت قرار ذیل اند:

۱- روسپی ها(sex workers).

۲- پارتنرهای جنسی متعدد داشتن.

۳- افرادی که STD دارند.

۴- مردانیکه homo sexual اند.

۵- معتادین ادویه.

۶- نقل الدم خون منتن.

۷- استفاده از سامان ولوازم منتن مانندسرنج،سوزن وغیره.

۸- خانم حامله ایکه منتن باشد به طفل در وقت ولادت.

۹- کسانیکه از ادویه ضد حاملگی فمی استفاده میکنند.

۱۰- دودکش ها(Smokers).

۱۱- درایورهای لاری ها، مسافرین و خدمتکارانsex worker ها.

اعراض کلینیکی

AIDSصفحه اخیر کلنیکی انتانHIV میباشد که بعد از گرفتن انتان مدت ۵-۱۰ سال را در بر میگیرد تا این صفحه تظاهر کند.

۲- در الگو یا نمونهء اول افراد هوموسکچوال، مصرف کننده‌گان زرقیات وریدی ،معتادین، تالاسیمیا، هیمو فیلیا و کسانکیه نقل الدم میشوند قرار دارند

۳- در نمونه دوم انتقال از طریق آمیزش جنسی و انتقال مرض به شکل عمودی از مادر منتن حامله میباشد که در حدود ٪۵۰-۲۰ در ولادت مهبلی نسبت به عملیاتC.Sبلند تر است.

اعراض قرار ذیل تصنیف میشوند

۱- stage I :یک مرض seroconversion حاد است.

۲- stage II :منتقلین عامل مرضی یا ویروس بدون عرض اند.

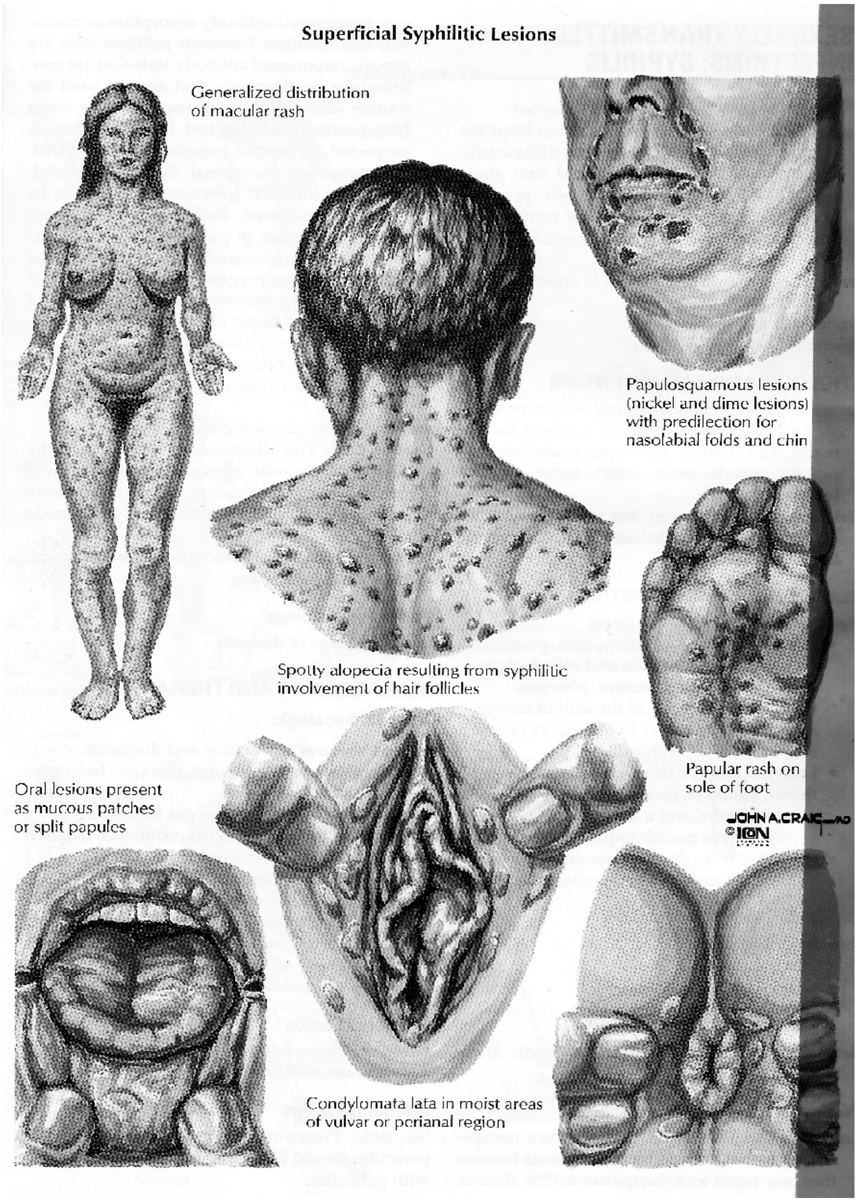
۳- stage III :لمف ادینوپاتی دوامدار و عمومی ایجاد میشود.

۴-stage IV : ترومبوسایتوپنی اوتوایمون بوجود میاید.

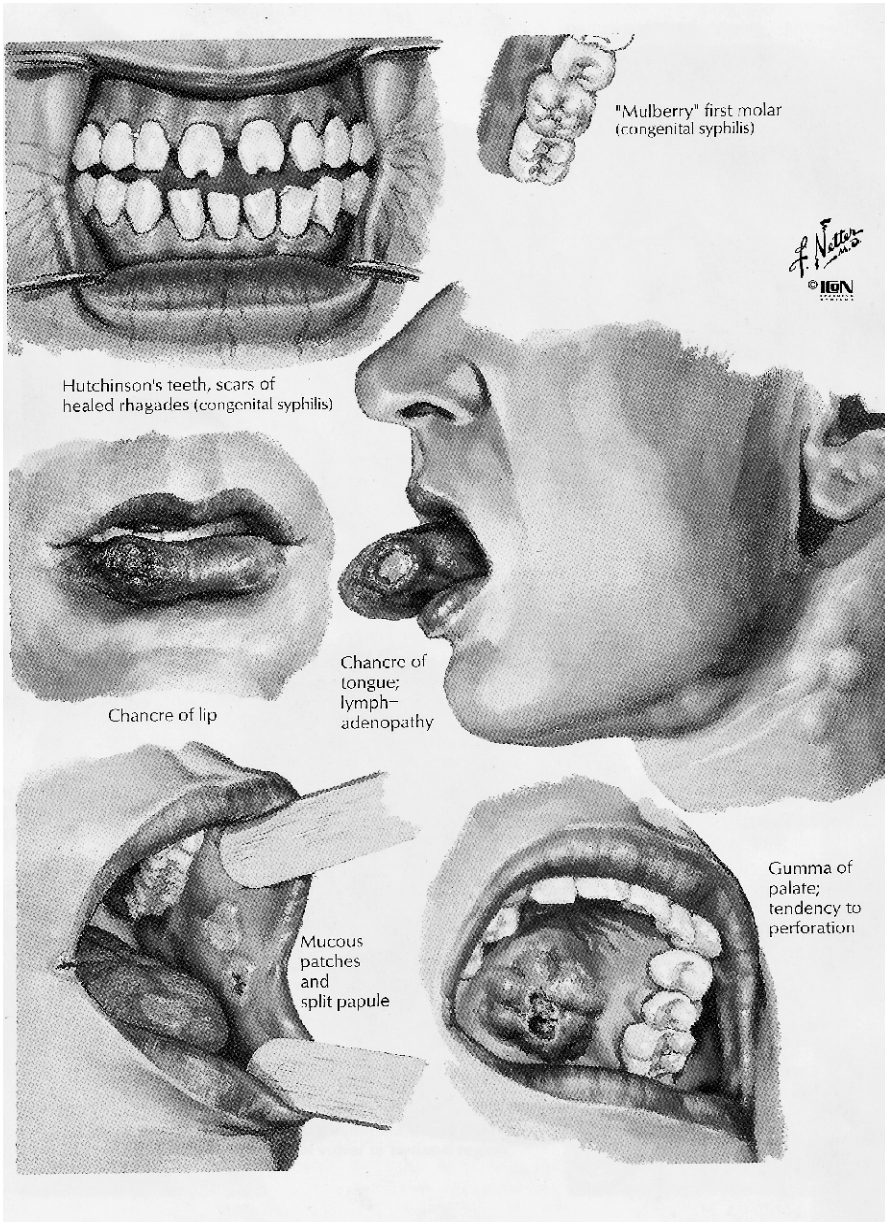
۵- stage V: حالات مغلق یا کامپلکس مربوط به آفت تظاهر میکند که عبارتنداز:باختن وزن،اسهال، کاندیدیازیز، لمف ادینوپاتی و انتان ریتان.

۶- stage VI: AIDS، P.TB (تبرکلوز شش ها)، پنوموسیتیک corinii پنومونیا، تشوشات نیورولوژیک، Kaposi sarcoma، مننجیت و کارسینو مای عنق رحم.

هنگامی که اعراض مرض تظاهر نمودند در حدود ٪۵۰ مریضان در ظرف ۱۸ ماه و ٪۸۰ آنها در ظرف ۳ سال دنیا را وداع میگویند.


Superficial Syphilitic Lesions
Generalized distribution of macular rash
Papulosquamous lesions (nickel and dime lesions) with predilection for nasolabial folds and chin
Spotty alopecia resulting from syphilitic involvement of hair follicles
Papular rash on sole of foot
Oral lesions present as mucous patches or split papules
Condylomata lata in moist areas of vulvar or perianal region
JOHN A.CRAIG

شکل (۲۸)


"Mulberry" first molar
(congenital syphilis)
Hutchinson's teeth, scars of
healed rhagades (congenital syphilis)
Chancre of lip
Chancre of
tongue;
lymph–
adenopathy
Mucous
patches
and
split papule
Gumma of
palate;
tendency to
perforation

شکل (۲۹) (٤)

معاینات

۱- خانم های HIV مثبت از نظرVDRL مورد بررسی قرار داده شوند و رادیو گرافی صدر (تحریTB) و pop smear از مهبل گرفته شود.

۲- شمارش Lymphocyte CD_4 بصورت متواتر اجرا شود، در نزد خانم های که شمار این نوع لمفوسیت بیشتر از ۵۰۰ باشد در ظرف ۳ ما ه زیر نظر قرار داده شوند و خانم های که کمتر از ۵۰۰ را نشان دهند ایجاب تداوی دوائی را میکنند.

تـــــداوی طبی

۱-zidovudin 200mg/TID.

۲-Ribavirin.

۳-septran 960mg/day.

۴-Dop Son 160mg/day.

۵- Nebulised pentomidineبمقـدار 150mgهفتـه دو مرتبـه بمقصـد جلوگیری از مداخله انتان به شش ها.

۶- Vit A.

Zidovudin و ribavirin سـبب انیمیـا، سـردردی و راش هـای جلـدی میشوند.

۷- در سمستر اول به حاملگی خاتمه داده شود.

دیگر امراض STD بایدبررسی گردد و از کشیدن دود خود داری گردد.

Endometritis (۹)

معـولترین سـبب انتانـات دورهء purperum را تشـکیل میدهـد یافتـه هـای کلنیکی در روز دوم وسوم بعد از ولادت شکل خفیف قابـل دریافـت بـوده و بـه سرعت شدت پیدا میکند.

پتوفیزیولوژی

Lochia بعد ازولادت بهترین وسط زرعیه برای فلورا های نورمال طرق تناسلی بوده که عامل انتان از طریق مهبل صعود میکند.

انساج متومته بعداز عملیه CS و خیاطه های ناحیۀ عملیاتی (جسم اجنبی) بهترین محیط را جهت رشد انتانات فراهم ساخته ومنبع انتان بشمار میرود.

درابتدا اندومتریوم توسط بکتری های مختلفه منتن شده وباعث endometritis میگردد .این ارگانیزم ها بسرعت myometrium رامورد هجوم قرار داده واز طریق کانال های لمفاوی تا به ligament میرسد وباعث بروز endomyometritis و endo myoparametritis میگردند درصورت عدم تداوی مناسب آبسه حوصلی بوقوع رسیده میتواند.

فکتورهای خطر

۱. CS عـاجـل.

۲. تمزق قبل ازوقت غشای امنیون.

۳. ولادت طــولانی

۴. معاینه داخل مهبلی متعد د

۵. عملیه های تد وری داخل رحمی

یافته های کلینیکی (٦)

تب بلند در حدود ۴۰—۳۸ درجه سانتیگراد.

رحم خیلی حساس بوده و تقلصات ضعیف داشته میباشد.

با پیشرفت انتان یافته های بطنی از قبیل کاهش حرکات اشتدادی معایی قابل دریافت میباشد.

معاینه Adnexa معمولا واضح نبوده مگر اینکه آبسه تشکل نموده باشد.

تشخیص

تشخیص ابتدایی به اساس یافته های کلینیکی انجام شده میتواند.

کلچر lochial بصورت روتین انجام نشده زیرا فلورا ها، poly microbial میباشد.

کلچر خون درصورتیکه مریض بحالت semi sepsis باشد انجام گردیده درغیر آن کمک کنتده نمی باشد کلچر در ٪۳۰ واقعات مثبت بوده وانتانات مسؤول بیشتر غیر هوازی اند.

اهتمامات

۱. اکثر مریضان باید جهت تداوی بستری شونند.
۲. دواهای ضد میکروبی وسیع الطیف که هردونوع هوازی وغیرهوازی تداوی را تحت پوشش قراردهد شروع شود.
۳. Clindamycin و gentamicin تداوی خط اول معیاری درواقعات endometritis غیراختلاطی بوده اما سفالوسپرین های نسل سوم نیز انتخاب خوب بوده میتواند.
۴. رژیم سه دوایی که با اضافه نمودن Ampicillin در واقعات Endometritis اختلاطی استفاده شده میتواند . اخیرالذکر به یک ویا دو دوا ضد میکروبی ابتدایی اضافه شده میتواند

تداوی سه ادویه ضد میکروبی وریدی یا زرقی تا ۴۸ ساعت بعد ازبین رفتن تب دوام داده شده وبعداً با عین ادویه ضد میکروبی به شکل خوراکی تداوم یابد.

در صورتیکه بعد از سپری شدن ۴۸ ساعت با و جود سه دوای ضد میکروبی پاسخ کلینیکی مناسب قابل دریافت نباشد تشخیص های دیگر

از قبیل آبسه حوصلی ، انتان جرحه ویا Thrombophlebitis منتن حوصلی مد نظر باشد. (۱۱)

Ovarian Disease
امراض تخمدان

تخمـدان هـا از جملـه اورگـان هـای تناسـلی حوصـلی انـد کـه دارای حجرات نسجی متعدد بوده لذا کیست های مختلف، التهابات ، تومورهای سلیمه و خبیثه به انواع و اشکال مختلف میتوانند باعث آفت تخمدان ها گردند.

Cyst های تخمدان

I . Fullicular Cyst

معمول ترین و شایع ترین *cyst*های تخمدان ها بوده و میتواننـد وظیفـوی و یا غیروظیفوی باشند و دارای خصوصیات ذیل اند:

۱- این کیست ها میتوانند یکدانه، چنددانه ، یکطرفه و یا دوطرفه باشند.

۲- از نظر حجم معمولاً کمتر از *5cm*بـوده دارای جـدار نـازک و حـاوی مایعات شفاف میباشند ندرتاً میتوانند حجماً بزرگ تر باشند.

۳- سبب امینوره کوتاه مدت میشود که عـادت مـاهوار طـولانی را در پـی دارد.

۴- معمولاً بصورت بنفسه ارجاع گردیده و از خود سکل به جا نمیگذارند.

۵- بعضاً خونریزی های در داخل کیست رونما گردید ه که از یک طرف سبب دردهای بطنی و از طرف دیگر هیماتوم را ایجاد میکنند که ممکن است با حمل خارج رحمی اشتباه گردد.

۶- در *u/s* تشخیص آنها به آسانی صورت گرفته میتواند.

طوریکه گفته شد کیست های مبیض باعث امینوره کوتاه مدت که به تعقیب آن با یک خونریزی طولانی همراه است میگردند، که این مسئله باعث مغالطه شدن تشخیص عارضهٔ با تهدید سقط میشود . در یک تعداد وقایع خونریزی در داخل *Cyst* هم سبب درد بطن و مغالطه شدن با حمل خارج رحمی میشود که حتی زمینه ساز لاپراتومی نزد مریضه میگردد.

Theca lutein cyst .II

این نوع کیست ها همراه با حمل انگوری (hydatidiform mole)، کوریوکارسینوما و سندروم هیپرستیمولشن که با تنبیه نمودن تخمدان ها توسط F.S.H،Clomiphene و L.H بوجود میآید مشترکاً دیده میشود. بصورت بنفسه بعد از تخلیه *mole* و تداوی هیپرستیمولشن و کوریوکارسینوما بطرف شفا سیر نموده و اصلاح میشود.

(POCD) Polycystic Ovaries Desaese .III

این آفت ابتدا توسط Stein – Leventhal کشف و توضیح شده،دارای پتوجنز بسیار مشخص و معین بوده و لوحه سریری آن نیز واضح و روشن است. این عارضه به نامهای *Hyperthicosis Ovarie* و *Stein Leventhel Syndrom* نیز یاد میشود.

لوحه کلینیکی

عارضه POCD از نظر کلینیکی خصوصیات ذیل را داراست:

۱- معمولاً آفت نزد خانم های جوان که بین سنین ۳۵- ۱۵ سالگی قراردارند رونما میگردد.

۲- درسابقهء این مریضان لوحات مختلف سریری ازاثر تغییرات عادت ماهوار به ملاحظه رسیده میتواند .که عمدتاً به شکل Oligomenorrhoea، عقامت (در ۳۰٪ وقایع) از باعث سکل تحیضی غیرتبیضی و غیره دیده شده میتواند.

۳- چاقی یا Obesity : از اثر تغییرات سطح تولید هورمون های مبیضی و خصوصاً سلسله هورمون های فص قدامی غده نخامیه نزد مریضه بوجود آمده میتواند.

۴- هرسوتیزم: از اثر تغییرات هورمونی به نفع هورمون های جنسی مردانه (تستوسترون وانواع دیگر آن) زمینه تولید هرسوتیزم نزد خانم فراهم میشود.

۵- معمولاً با معاینات حوصلی احشای حوصلی نارمل بوده و کدام پتولوژی خاصی ندارند.

۶- در سونوگرافی حوصله، تخمدان ها شاید حجماًاز اندازه طبیعی خود بزرگتر باشند و تعداد زیاد تخمک های کوچک به شکل *cyst* در سطح محیطی آنها جابجا شده که منظره گردنبد را تمثیل میکند و نسج استرومای مبیض هم از اندازه طبیعی بزرگترمیباشد.

معاینات لابراتواری

معمولاً کدام معاینه لابراتواری بدون از اندازه گیری هورمون های عمدتاًجنسی بملاحظه رسیده نمیتواند که معروض به تغییر شده و وصفی برای این آفت باشد، ولی تغییرات عمدهءهورمونی قرار ذیل بملاحظه رسیده میتواند.

۱- تزاید سویه E_2 و LH تناقص سویه FSH که در نتیجه تناسب سویه FSH/LH تناقص می یابد.

۲- تناقص سویه هورمون بندینگ پروتئین در خون دورانی .

۳- سطح سویه هورمون های تستوسترون و اندروستندایون و دی هایدرواندوسترایول تزاید می یابد و استرومای مبیض هورمون تستوسترون را افراز میکند.

۴- فعالیت نارمل H.P.O Axis *تثبیت است*

۵- از اثر دوام افراز بلند هورمون های ستروئید و تستوسترون ، پروسهء هیپراستیمولشن سندروم سازماندهی میشود.

۶- هر دو تخمدان حجماً بزرگ بوده و کپسول آن ضخیم است و علاوتاً نسج ستروما نیز محجم تر و بزرگ ترمیباشد، کیست های متعدد محیطی در سطح مبیض که اندازه آنها از *5 -2cm*.، متغییر است بملاحظه میرسد و هیچگاه جسم اصفر قابل رویت نیست.

تـــداوی

۱- وزن تا حدود ۵ فیصد تنقیص داده شود.

۲- قطع نمودن سیگار و یا کم کردن مقدار آن سبب تنقیص سطح تولید اندروستیندایون میگردد.

۳- تجویز ادویه ضد حاملگی فمی زمینهء منظم شدن عادت ماهوار خانم را مساعد میسازد.

۴- عقامت مریضان با تجویز کلومیفین اصلاح میگردد.

۵- *H*.C.G, FSH و Letrezol بمدت ۶ ماه در حدود ۸۰ فیصد سبب تنبیه و تولید تخم گذاری نزد خانم گردیده و در حدود ۴۰ تا ۵۰ فیصد حاملگی را باعث میشود.اندازه وفیصدی سقط ها درین عارضه۲۵- ۴۰ فیصد بوده وعلاوه کردن Dexamethason هم نیز حامله دارشدن خانم ها را تزاید می بخشد.

۵- ادویهٔ انتی اندروجن ها به مقدار لازمه و مراقبت دوران تداوی سبب اصلاح حالت هر سوتیزم نزد خانم ها میگردد.

۶- هیپرانسولینیمیا با تجویز *Metformin* بمقدار *500mg* روزانه سه مرتبه برای سه ماه اصلاح میگردد.

۷- هرگاه تداوی طبی موفق به اصلاح و شفایابی کیست های تخمدان نگردید. از پروسیجرهای لاپراسکوپی بمقصد سوراخ کردن کیست و تخلیه محتوای آن همراه با Cuterization و یا laser استفاده میشود.

تومورهای تخمدان ها

تومورهای سلیم تخمدانی دارای انواع و اشکال مختلف بوده و یک تعداد آنها وظیفوی بوده و افرازات هورمونی دارند.

انواع تومورهای سلیمه تخمدان ها (۵)

A- تومورهای که منشأ آن ها نسج اپیتلیایی مبیض میباشند و عبارتنداز:

Papillery cyst Adenoma
Mucinous cyst adenoma
Endometroid tumours
Brenner tumour
Mix tumour

B ـ Sex cord tumours که دارای انواع ذیل اند.

Gronulosa cell tumour
Theca cell tumour
Arrhenoblastoma and sertoli & leydiq tumour

C- Germ cell tumour

Dermoid cyst
Teratoma
Struma ovaii
Dysgerminoma

D- Fibroma

A- Epithilial cell tumour

در حدود ۹۰٪ آفات تومورال مبیض ها را ساخته و معمولترین نـوع آفـات تومورال میباشد .بعضی از انواع این تومورها زمینهء مساعد بـه تحـول بـه خباثـت دارند. به طور مثـال در حـدود ۵۰٪ تومورهـای papillary cystadenoma و در حدود ۵٪ تومورهای muceneuse cystadenoma تمایل بـه تحـول بـه خباثـت دارند.

Serous cyst adenoma -I

یکی ازتومورهای معمول بوده و در حدود ۵۰٪ تمام تومورهای cystic تخمدان ها را میسازد. این نوع تومورها در بیشتر از ۶۵٪ وقایع سلیم بوده و در کمتر از ۳۵٪ وقایع دیگر آن طبیعت خبیثه را میتواند به خود بگیرد.

شیوع عارضه در سنین بین ۵۰- ۳۵ سالگی بوده معمولاً ساختمان cystic داشته دوطرفه میباشد و حجم آن میتواند خیلی ها هم بزرگ شده ولی محتوای آن شفاف بوده و در یک تعداد وقایع حبن هم با آن یکجا بوده میتواند. سطح خارجی تومورازنوع حجرات اپیتیل استوانه ای اهداب دار بوده که مشابه حجرات اندوسلپنکس میباشد .

Mucinous cyst adenoma –II (٦)

این نوع تومورها بیشتر در خانم های بین ۳۰-۶۰ ساله بملاحظه رسیده و معمولاً واحد و یکطرفه بوده ولی دارای لوب های متعدد میباشد و سطح مقطوعه آن یک منظره را که حاوی مایع Mucinus میباشد نشان میدهد .

این نوع *cyst* به اسانی با*u/s* با خصوصیات که یک cyst واحد حاوی لوب های مختلف بوده که توسط جدار یا کپسول ها ی نازک از هم جدا شده است مشخص شده میتواند و با سونوگرافی دوپلر طبیعت سلیمه آفت بدرستی قابل تشخیص است.

هرگاه *cyst*بصورت بنفسه و یا در هنگام اجرای عملیات معروض به تمزق گردد تخلیه مایع داخل آن سبب pseudomyxoma peritonitis میگردد.

(٦) Endometrial tumour –III

یک توموریست که میتواند سلیمه و یا خبیثه باشد که توسط نسج یا حجرات مشابه به اندومتررحم سطر گردیده است تومور اساساً جامد بوده ولی ساحات cystic هم در آن بملاحظه رسیده میتواند و در حدود ۱۵٪ وقایع مترافق با اندومتریوزیز دریافت شده میتواند.

(٤) Brenner Tumour –IV

یک تومور جامد فیبرواپیتیلیل بوده و در حدود %۲-۱ تومورهای مبیضی را تشکیل میدهد. این آفت معمولاًدر زمان مینوپوز رونما شده و ازجمله اسباب عمده خونریزی بعد از قطع طمث را تشکیل میدهد که اگر این خونریزی توإم با ascitis و Hydrothorax باشد بنام (Meigs syndrome) یاد میگردد. آفت میتواند با تومور خبیثه مغالطه شود. ولی تحول آن به خباثت امر نادر ولی امکان پذیر است، در مقطع، مشابه به فیبروم رحمی منظره نشان میدهد.

این حجرات بنام حجرات walthard یاد شده که با موجودیت شیارهای عمیق و طولانی نسج مربوطه منظرهء گندم پندیده و متورم را به خود میگیرد.

لازم به تذکر است که بصورت مشترک کیست ها و تومورهای mucinous همراه با Brenner نزد مریضان بملاحظه رسیده میتواند.

B- انواع تومورهای سلیمه germ cell

۱. Dermoid cell
۲. Beninge teratoma
۳. Struma ovari
۴. Dysgerminoma

Dermoid cyst -I

یک تراتومای سلیم است که در تمام مراحل زندگی بملاحظه رسیده میتواند یک تومور سلیم بوده که دارای سطح صاف و هموار است و ندرتاً از 15cm حجماً تزاید می یابد. در حدود ۱۲٪ وقایع دو طرفه است در مبیض طرف دیگر شاید یک *cyst* که صرف جدار نازک دارد بملاحظه برسد.

تومورها معمولاً حاوی مواد چربی و دموی میباشد و بعضی اوقات دندان و غضروف وانساج غده تیروبید و غشای مخاطی برانش ها در داخل تومور ممکن است موجود باشد. سطح داخلی تومور از اثر عقدات جنینی که با موی ها در ارتباط اند غیرمنظم و ناهموار میباشد و انساج کبد ، پانقراص و امعاء میتواند در داخل تومور بندرت دریافت شود و هم چنین کیست ها در موئید و نوع Mucinous cyst میتوانند باهم در عین زمان موجود باشند.

این تومور دارای کپسول ضخیم بوده و Multiechoic است ، لذا دارای انتشار صوتی متفاوت میباشد که در *u/s* بخوبی تثبیت میگردد ودر رادیوگرافی ممکن است خیالات دندان های molar بملاحظه برسد. تحول آن به خباثت در حدود ۱.۷٪ وقایع است که اکثرا به نوع squamous cell carcinoma خواهد بود.

Teratoma -II

این تومور ازجمله تومورهای سلیمه بوده که در تمام عمر تصادف میشود و دارای انساج اکتودرم، اندودرم، میزودرم و نسج اندومتر میباشد، در مقطع

نسجی منظرهء (Trabeculated) بملاحظه میرسد و این نوع تومور میتواند حجماً خیلی بزرگ گردد.

Struma ovarii -III

عبارت از نوع درموئید سیستی است که حاوی مقدار زیاد نسج غده تایروئید میباشد. این تومور مشابه به سیست Mucinous بوده که حاوی مواد کولوئیدی است که به مقابل آیودین از خود عکس العمل نشان میدهد و میتواند سبب تایروتوکسیکوز گردیده و زمینه مساعد تحول به خباثت را دارا میباشد.

Dysgerminoma -IV

دیسجرمینوما یک تومور جامد سلیمه است که اکثراًیک طرفه بوده و در دختران مسن بیشتر تصادف میشود. تومور حجماً میتواند خیلی بزرگ شده و دارای سطح صاف و هموار است . سطح مقطوعه آن دارای رنگ زرد و هموراژیک بوده و قوام الاستیکی یا رابری دارد.

در دیسجرمینوما شاید نزد مریضه حبن تأسس کند و آفت در حدود ۵۰-۳۰ فیصد تمایل تحول به خباثت دارد و حجرات بشکل خوشه و یا گرد دسته بندی شده که حاوی سیستوپلازم شفاف و هسته های تاریک میباشد در فواصل بین الحجروی حجرات لمفوسیت و Germ cells نیز بملاحظه میرسد.

نزد بعضی از دختران انومالی های دستگاه تناسلی همراه با این آفت بملاحظه رسیده میتواند که بشکل عدم موجودیت مکمل و یا قسمی اعضای جنسی میباشد، تومور از نظر تولید هورمون خنثی بوده و تولید خاصی ندارد و در لاپراتومی تومور بزرگ بدون حبن در جوف بطن دریافت میشود که دارای

سطح صاف و هموار بوده و هیچ نوع میتاستاز و یا تهاجم آن به اعضای حوصلی بملاحظه نمی رسد.

:Sex cord cell tumours of the Ovary -C

تومورهای حبل جنسی شامل انواع تومورهای ذیل است:

Granulosal cell tumour
Theca cell tumour
Virilising tumour

تمام انواع تومورهای فوق ازجمله تومورهائی اند که تولید هورمونی داشته لذا سطح سویهء هورمون ها را نزد خانم ها بلند میبرد.

Granulosal cell tumour –I

در حدود ۱۰ فیصد تمام تومورهای جامد را میسازد که در ۵۰ فیصد وقایع سلیم باقی مانده و در ۵۰ فیصد وقایع دیگر زمینهء مساعد به خباثت را دارا میباشد. میتاستازهای بعیده آن ممکن است سال ها بعد از برداشتن خود تومور فرصت تبارز پیدا کنند ، لذا follow up آفت امر ضروری است که باید نزد مریضه انجام گردد، حجم آن متفاوت بوده و بخوبی توسط capsule احاطه شده است. تومور از نظر حجم متفاوت بوده و دارای مقطع میله مانند با ساحات هموراژیک و کمرنگ یا سایه مانندمیباشد.

حجرات گرا نو لوزا در اطراف cord منظم گردیده بعباره دیگر فولیکول توسط ساختمان غیرهیالینی که شباهت به چوکات عینک را دارد احاطه گردیده است.

تومور نزد دختران جوان سبب مینوراجی و بلوغ زودرس گردیده میتواند. و همچنین در مراحل باروری یا تولید، باعث مینوراجی و کیست های غدوی

(glandular cyst) و هیپرپلازی اندومتریوم میگردد. در دوره قطع طمث سبب خونریزی های رحمی شده میتواند. از سبب تزاید یا فرط فعالیت در تولید هورمون های ستروئیدی تومور باعث هیپرپلازی اندومتر گردیده و زمینه را به سرطان تخمدان ها مساعد میسازد.

Theca cell Tumour –II

از جمله تومورهائی است که دارای حجم کوچک و معمولاً یک طرفه بوده و جامد است و ضمناًدارای کپسول مخصوص به خود میباشد.

در مقطع هستوپتولوژی رنگ سایه دارمتمایل به زرد را نشان داده وحاوی spindle shape cells است که همراه با حجرات شحم و (polyhydral) مشابه به حجرات leutein میباشد.

این تومور بصورت نارمل نزد خانم ها در سن مینوپوز تصادف گردیده و سبب خونریزی غیرطبیعی بعد از وارد شدن خانم به مرحله مینوپوز میگردد. این تومور بیشتر هورمون استروجن را افراز نموده (نظر به نوع granosal cell tumour) و ندرتاً تمایل به خباثت دارد.

Virilising Tumour –III

این تومور هورمون های اندروجن را افراز نموده که باعث اتروفی شدید ثدیه ها ، امینوره و خرابی دیگر اعضای تناسلی تالی جنسی نزد خانم میگردد ، که در نتیجه نزد خانم سبب بروز اعراض و علایم اجنسیتی مانند هرسوتزم ، بزرگ شدن کلیتوریس، غور شدن آواز و غیره میگردد تومور معمولاً کوچک، یک طرفه و جامد است، و از نظر نسجی حاوی توبول های seminiferous بدرجات مختلف و متمایز بوده میتواند.

بعد از اجرای عملیات و برداشتن تومور تمام اعراض و علایم که نزد مریضه موجود بوده باستثنای غوری آواز دوباره ارجاع گردیده و رفع میشوند. عادت خانم منظم شده و چانس حامله دار شدن آن دوباره ارجاع میگردد. ادرینوپلاستوما و Adrino cortical Tumour ازجمله تومورهای Virilising بوده و تمایل زیاد به خباثت دارند.

Fibroma of Ovaries

تومورهای عمده ذیل شامل این کته گوری اند:

۱- تومورهای سلیمه انساج منضم (B.C.T.T) که مجموعاً ۳۰٪ تومورهای مبیض را میسازد.

۲- تومورهای جامد باندازه های مختلف که مشابه به فیبروم های رحم میباشد.

۳- در یک تعداد وقایع همراه Brenner Tumour یکجا دریافت میشود.

۴- فیبرومای مبیضی ایکه سبب حبن و هیدروتوراکس گردد بنام meig's syndrome یاد گردیده و اعراض و علایم تومورهای خبیثه را تمثیل میکند.

اعراض و علایم کلینکی

اعراض و علایم کلینیکی فیبرم تخمدانها قرار ذیل است

۱- تغیرات در عادت ماهوار: در صورتی که تومور هورمون تولید نکند بالای عادت ماهوار تاثیر وارد نمیکند.

۲- درد: معمولاً موجود نبوده مگر اینکه تومور حجماً خیلی بزرگ باشد و یا اینکه معروض به تدور، تمزق، انتان و یا استحاله به طرف خباثت گردد.

۳- اعراض فشاری : در صورتی که تومور حجم کلان داشته باشد باعث تکرر ادرار، تشوشات در عمل تبول (Dysurea)، احتباس ادرار و قبضیت شده و از نظر عمومی ممکن سبب تسرع حرکات قلبی، نفس تنگی و اذیمای اطراف سفلی گردد.

تشـــخیص

تشخیص به اساس اعراض و علایم مرض، معاینه مریضه و معاینات لابراتواری گذاشته میشود.

تشخیص تفریقی: با حالات ذیل باید تشخیص تفریقی گردد

۱- با مثانه پر

۲- با رحم محمول یا با حمل

۳- با هماتومترا و پیومترا

۴- با فبرم رحم

۵- با کیست های وظیفوی مبیض ها

۶- با حبن

۷- با کیست ها و تومورهای توبورکلوزیک

۸- با کیست های چاکلیتی

۹- با اختفاء کلیه در حوصله

۱۰- با کیست میزانتریک

تـــــداوی

۱- با لاپراسکوپی و تداوی های لازمه در صورت امکان

۲- با لاپراتومی (Ovariotomy & Ovarian cystectomy) اجرا میشود.

۳- هستر کتومی و برداشتن مکمل نفیرها

اختلاطات...

- تدور
- نزف
- تمزق
- Pseudomixoma پریتوان
- منتن شدن
- تاسس merg's syndrome
- تحول به خباثت

- Torsion: در حدود ۱۲٪ وقایع تومورهای مبیض معروض به تـدور گردیـده میتواند. اگر تومور حجماًبزرگتر از 10cmو حاوی ساقه باشد بیشـتر بـه تـدور مواجه شده میتواند.مانند cystها ی در موئید و دیگر cystها متحـرک مبـیض ها در مراحل ابتدایی دوره نفاسی خیلـی هـا فیصـدی بلنـدتری دارد (فضـایی مناسب و بزرگ بعد از ولادت) خانم دفعتاًاز درد حاد بطن و اسـتفراغ شـاکی

گردیده و اعراض نظر به شدت و پیشرفت عارضه متفاوت میباشند و تداوی آن لاپراتومی عاجل و cystectomy میباشد.

- Heamorrhagea (نرف) معمولا بعد از Torsionو احساس درد شدید که در نهایت مریضه به Shockداخل شده از جمله اختلاطات عارضه اند.

در یک تعداد حالات در هنگام معاینه مهبلی میتواند حتی اگر حجم *cyst* کوچک هم باشد تمزق رونما شود وعلاوتاً تمزق بنفسه خصوصاً در هنگام ولادت اگر *cyst* پائین تر از عضو معتلنه بوده و یا اینکه دیوار آن نازک شده باشد، امکان دارد بوجود آید.

- Pseudomyxoma peritonei یکی از اختلاطات جدی mucinous cyst بوده که بعد از تمزق نزد مریضه ایجاد میشود.

مریضه داخل لوحه درد بطن حاد میگردد. با اجرای لاپراتومی مواد شبیه خرما له شده در ساحه بملاحظه رسیده که سبب التصاق به امعاء گردیده است و به مشکل میتوانیم آنرا از امعاء جدا سازیم. Infection یکی از اختلاطات عمده ایست که در حادثات Dermoid cyst بیشتر بملاحظه رسیده هنگامی که حجرات cebaceus منتن گردند سبب تشکیل تومورهای التصاقی میگردند.

تومورهــای خبیثهٔ تخمدان هــا

باساس راپورهای احصائیوی موجود در کشور هند آفات خبیثه تخمدان ها در حدود ۱۰٪ تمام وقایع خبیثه جهازتناسلی زنانه را در بر میگیرد. COC در حدود ۴۰٪ آفات خبیثه تخمدانی را پایین میآورد زیرا سبب فعالیت کمتر تخمدان ها از اثر نهی پروسه تولید تخمه میگردد. باساس همین دلیل است که

حاملگی،شـیردادن و ولادت هـای زیـاد (GMP) سـبب تنقـیص آفـات کانسـری تخمدان ها میگردند. برخلاف تنبیه تولید تخمـه بـا کلـومیفین، FSH و LH سـبب تزاید عارضه کانسر تخمدان ها نزد خانم میگردد.

سرطان های تخمدانی در خانم های مسن و دوره مینوپوز بیشتر رخ میدهد. وعلاوتاً سابقه فامیلی هم در تولید عارضـه رول دارد. فکتورهـای جنیتیـک ماننـد میوتشن (Mutation) یا جهش BRCA در زمینه ایجاد سرطان های تخمدان مـوثر شناخته شده است. و علاوتاً همین ژن ها هسـتند کـه در تولیـد سـرطان ثدیـه نـزد خانم ها مسوول ثابـت گردیـده انـد. از یـن سـبب اسـت کـه اکثـراً سـرطان هـای تخمدان وثدیه درعین خانم ها به ملاحظه رسیده میتواند. مینارش مقدم ، مینوپوز موخر وپرهیز از مناسبات جنسی به مدت طولانی نیز از زمینه های مساعد کننـدهء آفات کانسری تخمدان ها شمرده شده اند.

پتولوژی تومورهای خبیثه اولیه تخمدان ها

تومورهای خبیثه تخمدان بدوشکل عرض انـدام کـرده میتواننـد یـا اینکـه بشکل ابتدایی در خود تخمدان آفت تظاهرنموده ویا اینکه بشکل ثـانوی ازدیگـر قسمت های عضویت بشکل متاسـتــاز قــریبه ویا بعیده زمینه ابتلاء تخمدان هارا به کانسر مساعد میسازد که مادرین جا پتولوژی تومورهـای اولیـه تخمـدان هـا را مورد بحث قرار میدهیم.

در حدود 80-90% این تومورهای از نسج اپیتیل خود تخمدان ها منشا میگیرند.

حدود ۸۰٪ آفات سرطانی تخمدان ها ابتدایی بوده از خود تخمدان و در حدود ۲۰٪ دیگر از سرطان های ثدیه ، طرق جهاز هضمی، کولون ها وندرتاً از رحم به شکل میتاستاز تخمدان ها را به سرطان مبتلاً میسازند. اکثراً سرطان های ثانوی تخمدان از نظر نسجی به آفت سرطان ابتدایی که میتاستاز داده شباهت دارند. با استثنا تومورهای krukenberg که ساختمان هستوپتولوژیک متفاوت دارد.

بعضی از تومورهای سلیمه تخمدانها اگر برداشته نشوند به خبیثه تحول کرده میتوانند. بطور مثال Papillary cystadenoma 50% یا mucinous adenoma 5% و dermoid cyst 7% تمایل تحول به خبیثه شدن رادارند.

از جمله انواع تومورهای خبیثه تخمدان ها

Paplliary cystadenocarcinoma در حدود ۶۵-۵۰٪

Mucinous cyst adenocarcinoma در حدود 15%

وقایع را تشکیل میدهند.

این آفت خبیثه تخمدان ها از یک تخمدان به تخمدان دیگر ویا رحم واز طریق سیستم لمفاوی به عقدات لمفاوی Para-aortic انتشار میکند. انتشار آفت بصورت مقدم درجوف پریتوان بوده که Omentum هم حاوی نودول های

میتاستاتیک میگردد. حبن در جوف بطن تجمع نموده و معمولاً دارای رنگ سرخ یا خونی میباشد. از طریق جریان دموی به کبد، ناحیه تحت دیا فراگم، شش ها، عظام ودماغ انتشار یافته میتواند.

تومورهای خبیثهء بین البینی (Borderline M.T)

در حدود ۱۰-۲۰٪ تورموهای اپیتل تخمدانی به کته گوری تومورهای خبیثه که قدرت تحول به خبییثه شدن در آنها پایین است دسته بندی شده اند. (L.M.P)Low Malignent Tomur اگرچه حجرات خبیثه در صحنه قابل ملاحظه اند لاکن بیشتر از چند حجره محدود نمیباشند ، نسج سترومای رحمی رامورد تجاوز قرار نمیدهند. Have life این مریضان در ۹۰٪ وقایع درحدود ۵ سال و یا بیشتر از آن میباشد.

تداوی محافظوی آن خصوصاً در خانم های جوان جراحی و برداشتن تومور میباشد.

این تومورها عبارت اند از:

Serous cystadenocarcinoma: این آفت بیشتر نزد خانم های ۳۰- ۶۰ ساله رخ داده میتواند و در حدود ۵۰٪ وقایع دو طرفه است. در سطح تومور برآمدگی و تبارزات درشت وخشن شکننده دیده می شودکه بدون شباهت با نسج ظریف که منشأ رویش آن میباشد هست.حبن خوندار در جوف بطن موجود است.

Mucinous cystadenocarcinoma : در حدود ۱۵-۱۰٪ تمام تومورهای اپیتیل تخمدان ها را میسازد این تومور نزد خانم های که سن شان از ۳۰-۶۰ سال میباشد بیشتر تمایل به رشد دارد و در ۹۵٪ وقایع حجما بزرگ است.

Dermoid cyst: آفات خبیثه تخمدان ها، معمولاً و اساساً بشکل کارسینومای اپیدرمل یا سارکوما تظاهر می کند.

در حدود ۸۰٪ تراتومای تخمدان ها نزد خانم های جوان خاصیت خبیثه دارند.

Endodermal Sinus Tumor (yalk sac tumour): یک تومور نادر Germ cell بوده که نزد خانم های جوان بیشتر به ملاحظه می رسد. تومور بشکل تبارزات Papillary که حاوی حجرات خام اپیتیل میباشد ظاهر شده و الفافیتو پروتئین که از مشتقات هجرات yalk sac میباشند افراز میکند.

Dysgerminoma: از تومورهای جامدی است که نزد دختران جوان بیشتر به ملاحظه می رسد، معمولاً یک طرفه بوده دارای اندازه های مختلف با سطح نرم میباشد. اگر تومور باعث حبن گردد میتوان گفت که در حدود ٪۴۰-۳۰ طبیعت خبیثه را گرفته و باعث میتاستاز بطنی شده است بعضاً الفافیتوپروتین افراز میکند.

<u>تومور حجرات گرانو لوزا</u> (**G.C.T**) که ۱۰٪، تمام تومورهای جامد تخمدان ها را میسازد در ۵۰٪ وقایع طبیعت خبیثه را به خود میگیرد. در ابتدا به تخمدان طرف مقابل و بعداً به شکل میتاستاز بعیده در کبد، مساریقه و میدیاستین انتشار پیدا می کند. هنگامیکه تظاهر میکند چندین سال از ابتلای نسج به آفت اولیه را گذشتانده است لذا ایجاب پیگیری و کنترل را میکند.

<u>Arrhenoblastoma:</u> ارینوبلاستوما میتواند سلیمه و یا خبیثه باشد.

<u>OvarianSarcoma</u>: سارکومای تخمدان خیلی نادر رخ میدهند وشدیداً طبیعت خبیثه دارد.

تومورهای خبیثه میتاستاتیک تخمدان ها

در حدود٪۲۰ تومورهای خبیثه تخمدان ها به شکل ثانوی از جهاز هضمی خصوصاً پیلور و کولون ها و هم چنان از ثدیه ها، کیسه صفرا و پانقراص منشه میگیرند (جریان لمفاوی مشترک دارند) ۱۰ فیصد از کانسرهای رحم و ۱٪ از کانسرهای عنق رحم سبب میتاستاز به تخمدان ها شده میتواند وعمدتا عبارت اند از

۱- **Krukenberg Tumour** : تومورهای کریکنبورگ همیشه به شکل دو طرفه بوده که دارای سطح برجسته و نرم بدون چسپندگی به احشای مجاور میباشند قوام آن سخت و جامد است. در مقطع که از برش ایجاد میشود اکثرا ساختمان متجانس جامد بوده و ندرتاً Cyst به ملاحظه می رسد. تومور تولید حبن ننموده ورشد داخل پریتوانی ندارد . ازنظر هستوپتولوجی نسج میکزوماتوز ستروماً به شکل پراکنده و منتشر بوده که این حجرات علامات فارقه و مشخص وصفی دارند، یعنی حجرات

بیضوی شکلی اند که در سایتوپلازم آنها گرا نول ها دیده میشود، هسته این حجرات به کنارهای حجره تیله گردیده که منظرهٔ انگشتر را به حجره میدهد.

در حدود ۷۵٪ در معده ، ۱۵٪ درکولـون، ۶٪ در ثدیـه هـا بشـکل ابتـدایی آفـت ظهـور میکنـد. تورمورهـای کریکنبـورگ رشـد سـریعتری از تورمورهـای ابتدائی تخمدان ها دارند لاکن اکثراً متحـرک باقیمانـده و چسـپندگی بـه انسـاج مجاورکم دارد.

۲- Co-incidental carcinoma : دارای خصوصیات ذیل است:

با تومورهای تخمدان و اندومتررحم ، شاید همزمان موجود باشد و یا اینکه از طریق لمفاوی از یک اورگان به اورگان دیگر انتشار پیدا کند.
تومورهای حجرات گرانولوزا ممکن سبب کانسر اندومتر از اثر عدم افراز هورمون ستروجن گردند.

اعراض و علائم کلینیکی

۱- **Age**: تورمورهای **dysgerminoma** و **germ cell** با سطح بلندی در دوران نوجوانی تمایل به شیوع دارند، اپیتیلیل تومور در سنین ۳۰-۶۰ سالگی ، تومورهای خبیثه بین البینی در خانم های جوان ،تومورهای حجرات گرانو لوزا و تیراتوما در هر سن و سالی میتوانند تخمدان ها را مصاب سازند.

۲- تعداد ولادت: خانم های NP ،خانم هائیکه ولادت کمتر داشته اند و خانم هاییکه با ادویه تنبهی (کلومیفین) حامله شده اند زمینه مساعدتری به آفات سرطانی تخمدان ها دارند برخلاف COC از اثر نهی عمل ovoulation در حدود ٪۴۰ احمال ابتلا بافت را پایین میآورد.

۳- زمینه های مساعد ارثی فامیلی تومورهای ثدیه و طرق تناسلی باعث ایجاد عارضه شده میتواند.

۴-درد : دردعرض آخری این تورموها بوده و در حدود ٪۶۰ وقایع هنگامیکه تومور پیشرفت نموده باشدخانم احساس دردمیکند.

۵- خونریزی: خونریزی بعد ازینکه خانم به صفحه مینوپوز رفته باشد در نوع تومورهای اپیتلیل، برینر و گرانولوزل عمومیت دارد و هم تومورهای germ cell سبب خونریزی های غیر منظم عادت ماهوار میگردند و کارسینومای اندومتر رحم باعث خونریزی های غیر منظم دوران مینوپوز نزد خانم میشود.

۶- کلوله گی : کلوله گی در قسمت حوصله وسفلی بطن در مراحل پیشرفته تومور که حجماً تزاید یافته است با جس قابل دریافت است.

معاینهٔ کلینیکی

۱- تومورهای دو طرفه اکثراً طبیعت خبیثه دارند مثلاً تومورپاپیلاری ، سیست ادینوما وکسیت های در موئیدیکه طبیعت سلیم دارند درحدود ٪۱۲ وقایع دو طرفه اند.

۲- تومورهای جامد باستثنای فیبروم رحم، تومورهای برینر و تراتومای سلیم معمولاً خبیثه اند.

۳- حبن: حبن خوندار معمولاً در تومورهای خبیثه تخمدان ها نزد خانم دیده میشود. حبن شفاف همراه با پلورال ایفوژن شش راست در فیبرومای تخمدان ها، تومورهای برینر وبعضی انواع تومورهای گرانولوزال که بنام **Meig's syndrome** ، یاد میشود به ملاحظه رسیده میتواند که بعد از برداشتن جراحی تومور، بصورت بنفسه شفایاب میگردد.

۴- تومورهای تثبیت شده والتصاقی همیشه طبیعت خبیثه دارند (اگرچه تومورهای در موئید سیست هنگامیکه منتن گردند التصاقی میشوند)

۵- رحم جداگانه و آزاد با معاینهٔ مهبلی جس گردیده ولی ممکن است نودول های تثبیت شده در حذای فورنکس خلفی جس گردند.

۶- اذیمای یک طرفه پا که انطباع انگشت را بجا نمیگذارد، ایفوژن پلورا و بزرگ شدن عقدات لمفاوی عنق و Supra clavicular در حادثات کانسرهای پیشرفته معمولاً دیده میشود.

Investigation تحقیق و جستجو

برای دریافت آفت حقیقی لازم است تا بصورت دقیق بررسی های ذیل انجام شود

۱. محل توضع تومور در تخمدان درکجا هست.
۲. تومور طبیعت خبیثه دارد یا خیردر بررسی مشخص ساخته شود.

برای این دو هدف لازم است تا پروسیجرهای ذیل عملی گردند:

۱. سونوگرافی خصوصاً از نوع Coller Doppler اجرا گردد.
۲. C.T.SCAN و MRI انجام شود.
۳. Tissu Marker اجرا گردد.
۴. معاینات سایتولوژیک با گرفتن نسج انجام گردد.
۵. لاپاروسکوپی از مریضه بعمل آید.
۶. رادیوگرافی و ماموگرافی انجام شود، اماله باریوم ویا باریوم خوراکی بمریضه داده شده و رادیوگرافی انجام شود.

معمولاً حجم طبیعی تخمدان ها نزد خانمیکه به مینوپوز داخل شده با اجرای **u/s** نباید بیشتر از **8** سانتی متر مربع باشد در صورتیکه بزرگتر باشد ایجاب معاینات دقیق و بررسی را میکند.

تومورهای خبیثهء مبیض ها معمولاً دو طرفه اند که قوام جامد داشته ،مترافق با حبن بوده و جدار ضخیم که توسط حجاب هاییکه بیشتر از 5^{mm} است از هم جدا شده میباشند.

۱. **u/s** کالردوپلر، رشد اوعیه جدید را **(**Neovascularization**)** در داخل نسج تومورال که یک حالت غیر طبیعی است نشان میدهد.
۲. CT Scan و MRI میتواند انتشار تومورهاو حجم آنها را نشان داده و در صورتیکه عقدات لمفاوی Para aortic حجم بیشتر از جسامت شان حاصل کرده باشند مشخص ساخته میتواند ، که در حقیقت این عمل با Staging تومور کمک نموده وپلان جراحی را مشخص میسازد و نوع تداوی بعد از عملیات جراحی هم با اجرای این پروسه CT و MRI میتواند بدرستی طرح ریزی شود.

Tissu Marker: تومورهای **germ cell** سبب افراز **h.C.G** ،الفا فیتـــــوپروتین،phosphatase Alkaline Placental ، ،Lactase و**dehydrogenase** میگردند وهم**CA125** توسط تورمورهای اپتیلیل به مقدار بیشتر از **65** Iu/ml افراز میشود که مجموعاً میتوانیم بحیث Tisuu index Marker در تشخیص از آنها استفاده کنیم.

مطالعات سیتولوژیک یک مایع حبن و یا اسپریشن مایع بطنی همراه با سوزن Fine Needle Aspiration Cytology (FN.A.C) و مطالعه

سیتولوژیک آن وسیله خوبی برای دریافت حجرات سرطانی و تائید آفت میباشد.

لاپراسکوپی ارزش تشخیصه بلندی ندارد، اگرچه اجرای آن در این مرحله زحمت ده است ولی بعد از عملیات و برداشتن تومور برای شروع کورس با تداوی شعاعی و شیموتراپی میتواند مفید ثابت گردد.

رادیوگرافی صدر، ماموگرافی، اخذ باریم توسط دهن و یا اماله باریوم برای تائید یا رد آفات خبیثه اورگانهای مربوطه معلومات خوبی داده میتواند بدین معنی که آفت ابتدائی در این قسمت ها بوده و تخمدان را تومور سرطانی ثانویه میتاستازی آنها گرفته است.

تداوی تومور های سرطانی تخمدان ها

لاپراتومی تداوی ابتدایی تمام انواع تومور های تخمدانی است با اجرای این عمل:

۱. تومور از نظر پیشرفت و سیرآفت درجه بندی میگردد.
۲. مایع جوف بطن (حبن) به مقصد اجرای هستوپتولوژی گرفته میشود.
۳. روش تداوی تومور مشخص ساخته شده میتواند که جراحی باشد یا از اشکال دیگر تداوی و یا اینکه مشترکاً انجام شود.

تومور های بین البینی تخمدانی که قدرت پایین تحول به خباثت را دارند

هنگامیکه به یک تومور که قدرت خبیثه شدن آن مطرح باشد در نزد یک خانم جوان مواجه گردیم.با اجرای لاپراتومی مبیض ها نمایان

ساخته شده و سپس **Ovariotomy** اجرا گردیده واز شستن جوف پریتوان مایع برای معاینه نسج برای مطالعه هستوپتولوژی گرفته شود و بعد از آن خانم باید منظماً زیر مراقبت طبی قرار داشته باشد. اگر نتیجه Peritonial washing مثبت بوده ویا خانم بلندتر از ۴۰ سال باشد نزد خانم عملیات Bilateral Salpingo-oophorectomy+T.A.H اجرا شود. و اگر تومور بنا بدلایلی ایجاب میکرد که برداشته نشود و یا اگر امکان نداشت که برداشته باشد تداوی قرارذیل باید انجام شود.

۱- جــراحــی

Abd hysterectomy+ Bilateral Salpingo phorectomy+omentectomy

۲-Ovriotomy

۳- بیوپسی از نسج مشکوک .

۴- تکرار لاپراتومی و یا لاپراسکوپی برای اطمینان از سیر افت.

۵- رادیــوتــراپی.

۶- شیــموتراپی.

۷- تداوی مشترک از میتودهای مختلف نظر به وضع و درجهء آفت.

۸- Immunotherapy

لاپراتومی با اجرای شق Medlin به شکل منظم(Vertical) انجام شود زیرا قابلیت توسعه را داشته و احشای بطنی کاملاً زیر نظر مستقیم قرار گرفته میتوانند.

اگر مایع حبن موجود باشد جهت اجرای هستوپتولوژی در یک بوتل که حاوی مایع هیپارینایز شده باشد جمع گردد واگر مایع موجود نباشد در جوف بطن 100ml مایع Salin درناحیهء تحت حجاب حاجزی بصورت جداگانه انداخته وبعدآ جمع گردیده و به هستوپتولوژی ارسال گردد. علاوتاً کبد، معده، مساریقه، کولون ها و عقدات Para aortic بدقت مورد معاینه قرار داده شده در صورتیکه کوچکترین اشتباه ابتلا به آفت موجود باشد پارچه جهت هستوپتولوژی گرفته شود.

در وقایعی که آفت قابل عملیات باشد هستر کتومی توتال همراه **با** Ovarectomy دو طرفه ، همراه باتومور و Omentectomy اجرا شود.

اگر تومور قابل عملیات نباشد با اجرای برداشتن قسمتی از تومور جهت کوچک ساختن حجم آن (Debulking) همراه با اومینکتومی انجام شود. با اجرای این کار موثریت شیموتراپی بلند می رود و با سانی زیر کنترول ادویه آمده میتواند.

Second look surgery: هدف از عملیات دوباره بالای بطن اینست که بتوانیم تاثیرات پتولوژی حوصلی آفت را ملاحظه نموده و علاوتاً تاثیرات شیموتراپی انجام شده بعد از عملیات قبلی را بعد از یک کورس مکمل تداوی مورد مطالعه قرار دهیم و همچنین با اجرای عمل ضرورت ادامه ویا قطع تداوی شیموتراپی بررسی شده میتواند ، اما از زمانیکه **CT**،MRI پابعرصه طبابت عصری گذاشته اند اجرای این عملیات ها خیلی محدود شده است. ولی در جریان عملیات دوم باز هم جراح میتواند یک مقداراز نسجیکه درعملیات قبلی امکان برداشتن آن موجود نبوده دوباره بردارد که در نتیجه حجم تومور

هنوز هم کم شده میرود. هنگامیکه تومور ثابت بوده و غیر قابل برداشتن باشد.
۴-۳ کورس شیموتراپی میتواند نزد خانم شروع شده و ادامه یابد، اگر تومور تکمش نموده و operable میگردد و با استاتستیک حاصله از این نوع عملیات در حدود **25-75%** تومور های غیر قابل عملیات به شکل قابل عملیات Movable تغییر کرده میتواند. عملیات جراحی ثانوی علاوتاً هنگامیکه آفت توموری دوباره پیدا شود و یا اینکه نزد خانم انسداد معائی و فیستول ها بوجود آید نیز باید اجرا گردد امروزه تداوی جراحی بسیار پیشرفته دیگر برای این هدف جانشین عملیات دوباره نزد خانم ها نظر به پروسیجرهای قبلی شده است.

2- Chemothearapy : بیشترین انواع تومور های خبیثه نوع اپتیل و **germ cell** با شیموتراپی جواب خوب ومناسب داده میتوانند. تداوی بشکل مناسب با چند ادویه طور همزمان و سیکلیک نزد مریضه تا وقتیکه **Tissu marker** ها کاملاً معدوم گردند ادامه داده شود و بعد از آن هم دو سیکل تعقیبه ادامه یابد وچون شیموتراپی مدت طولانی ادامه می یابد لذا ضرور است تا مریضه بصورت مناسب و بوقت معین با Tissu marker، سونوگرافی CT **و** MRI تعقیب گردد.

3-Radiotherapy : Dysgerminoma و یک تعداد دیگر تومور های گرانوزال با رادیوتراپی نسبت به شیموتراپی جواب بهتر و موثر تری میدهند. و علاوتاً خاطر نشان بایدکرد که رشد و نموی میتاستازهای تومور تخمدان در قسمت های علوی بطن سبب مائوف شدن عقدات لمفاوی Para-aortic میگردند .تداوی شعاعی نسبت به شیموتراپی قویتر شناخته شده و ثابت گردیده است. تاثیرات **Toxic** تداوی شعاعی نسبت به شیموتراپی بالای کبد و کلیه ها با تکنیک های مختلفه و از جمله Moving – strip Technique خیلی ها کمتر

ثابت شده است و مقدار شعاعیکه داخل بطن میگردد توسط strip هائیکه بالای بطن گذاشته شده اندازه گیری گردیده و قدرت کنترول شعاع را از مقداریکه بالای اعضای حشوی خصوصاً اعضای حیاتی مضر است دارد.

۴- **Immuno therapy:** بازرق- Inter feron انجام میشود.

Prognosis یا انــذار

در نوع تومور های Border line (بین البینی) خبیثه در حدود ۹۰-۱۰۰٪ موثر بوده و half life پنج ساله را نوید میدهد.

انذار در حالات پیشرفتهء مرض خیلی ها تاثر آورده بوده چنانچه در حدود کمتر از ۶۰٪ در Stage I و کمتر از ٪۱۰-۵ در stage **5** چانس زندگی را دارند.

وقــایــه

۱- تجویز **coc** در حدود ٪۴۰ وقوع تومور های خبیثه تخمدان را پایین میآورد.

۲- حاملگی و شیردهی هم چنان رول محافظوی دارند.

۳- خانم هاییکه جهت حامله شدن از کلومیفین و دیگر منبهات تخمدان جهت تولید تخمه استفاده میکنند در گروپ High risk قرار دارند. بناً تعقیب دوامدار را ضرورت دارند.

۴- تومور های سلیمهء تخمدان ذریعه عمل جراحی بر داشته شوند زیرا امکان تحول به آفت خبیثه نزد این خانم ها بلند است خصوصاً

مریضانیکه مصاب Serous & mucinous cystadenoma هستند باید حتماً برداشته شود.

۵ – در خانم های مسن بلندتر از ۶۰ ساله هنگامیکه بنا بدلایلی ضرورت به هسترکتومی میافتد بهتر است که تخمدان ها هم برداشته شوند .

۶- هسترکتومی مکمل بطنی، همراه برداشتن دو طرفه مکمل Adnex ها (B S Oophorectomy) و Omentectomy .

۷- ovariotomy (debulking) یعنی تومور قسماً برداشته میشود.

(۱) Cervical dysplasia & carcinoma of the cervix

کارسینومای عنق رحم شایعترین امراض خبیثه طرق تناسلی نزد خانمها می باشد و عمدتا بعد از سرطان های ثدیه قرار دارد و در حدود ۸۰٪ سرطانهای طرق تناسلی را می سازد.این افت اکثرابا تغییرات وتخریبات عنق رحم همراه بوده که زمینه تشخیص را قبل از ابتلا به افت با معاینات عنق رحم با تفتیش ،جس و معاینات سایتولوژیک مساعد می سازد .از این سبب است که در ممالک انکشاف یافته فیصدی ابتلا به افت نظر به اجرای معاینات به شکل منظم و دورانی تا حد زیادی تقلیل یافته است .به اساس راپور احصاییوی تهیه شده ازشهر دهلی در مقایسه با مناطق دور دست و قصبات ان تفاوت فاحش در بروز عارضه راپور داده شده است **در** screening ،مناطق دور دست نظر به بعد فاصله و کمبود امکانات بصورت سیستماتیک تعقیب شده نمی تواند.

فکتورها و عوامل خطر ساز و مساعد کننده

۱-سن : بهترین سن مساعد به افت ، سن باروری راپور داده شده است (۲۰-۴۵ سالگی).

۲-کثیرالولاده بودن،یکی از حالاتی که در اثر ولادتهای متکرر و مداخلات در حذای عنق تغییرات به نفع عارضه کانسر به وجود می اید.

۳. خانمهـایی کـه فعالیتهـای جنسـی را بـه صـورت مقـدم شـروع کـرده باشند،خصوصا قبل از ۲۰ سالگی.

۴- خانمهایی که شرکای جنسی متعدد دارند در اثر تخریشـات و تنبیهـات در حذای عنق و عمدتا پایین بودن حفظ الصحه ناحیوی.

۵-خانمهایی که حفظ الصحه ناحیه را به درستی مراعات نمیکننـد چنانچـه در دین **Jews** که مناسبات جنسی را در هنگام عادت ممنوع قرار داده اسـت ایـن فیصدی پایین است.

۶- امراض و افاتی کـه از طریـق مناسـبات جنسـی انتقـال مـی یابنـد ماننـد گونوریا وغیره

۷-امـراض ویروسـی ماننـد: HIV ، (HSV)herpis simplex virus، (HPV) human papiloma virus وغیره.

۸- در اثر پایین امدن قدرت سیستم معافیتی، عارضه بیشـتر فرصـت ظهـور می یابد.

۹- خانمهایی که ادویه ضد حاملگی فمی به صورت دوامدار اسـتفاده مـی کنند خصوصا در سنین جوانی واقعات بیشتر تصادف میگردد.

تعریف اصطلاحات خاص از نظر هستولوژیک

۱- Dysplasia

یک اصطلاح سایتولوژیک است که توسـط WHO بـه حجراتـی کـه ساختمانشان غیر طبیعی گردد اطـلاق مـی شـود.حجـرات بازوفیلیـک شـده و در اندازه و شکل خود تغییر می یابند.هسته حجرات غیـر مـنظم و بـزرگ گردیـده و

کروماتین به شکل غیر منظم در انها جابجا شده دیده می شود علاوتا هایپر کروماتوزیز همراه با میتوزدران به ملاحظه می رسد.تناسب هسته وسایتوپلازم تزاید می یابد .دیسپلازیا باساس تغییرات مورفولوژیک حجره وهسته بدرجات خفیف،متوسط و شدید تقسیم بندی شده است.

۲-نیوپلازیای حجرات داخل عنق رحم (CIN)

در این حالت حجرات نسج اپیتل عنق از نظر هستولوژی غیر طبیعی دریافت می شوند در حالیکه basement membrane آنها سالم است و قرار ذیل دسته بندی شده است.

- در شکل CIN I: ۱/۳ طبقه تحتانی اپیتل مائوف گردیده و غیر طبیعی اند.
- در حالت CIN II: در این حالت ۲/۳ تا ۳/۴ قسمت از حجرات طبقه اپیتل دیسپلازیا نموده و غیر طبیعی می گردند.
- در حالت C.I.N III تمام حجرات طبقه اپیتل دیسپلازی دارندکه این مرحله را بنام Carcinoma Insitu هم قبول نموده اند.

۳- **Metaplasia**

در زون انتقالی (محل اتصال حجرات کولومنر با اسکواموس عنق رحم) حجرات به طرف رشد و تولید سریع اغاز میکنند و حجرات بیشتر تمایل دارند که به طرف حجرات اسکواموس پخته تحول نمایند که با این حجرات و تحولات مربوط به ان متاپلازیا گفته می شود.این نوع حجرات با تحریکات معین

و محدودی تمایل دارند که معروض بـه تغییـرات گردیـده و بـه حجـرات خبیثـه تحول نمایند. در این اواخر سیستم bethesada چنین تعریفی را رائه کرده اند.

دیسپلازی خفیـف(CIN I) در موجودیـت انتانـات مـی توانـد در حجـرات اپیتل عنق ایجاد شود که بعد از رفع شدن عارضـه انتـانی دوبـاره حالـت عـادی و نارمل حجرات به میان می اید. لاکن در بعضی حالات افت به طرف دیسپلازیای شدید سیر نموده وزمینه کانسر عنق رحم را مساعد می سـازد.از ایـن سـبب اسـت که در این حالت باید fallow up درست و منظم بـرای جلـوگیری از تحـول بـه خباثت انجام شود. اشکال دیسپلازیای متوسط و شدید (CIN I-II or HSIL) یک فاکتور انکشافی به طرف کانسر عنق بوده که در حدود ۱۰–۳۰٪ وقایع در ظـرف ۵–۱۰ سال افت کانسروز بروز می کند.در کشور هند فیصـدی وقـوع دیسـپلازی عنق رحم که توسط عملیه پاپ سـمیر تعقیـب و تثبیـت شـده اسـت بـه ۱۵/۱۰۰۰ واقعه راپور داده شده که از جمله ۵/۱۰۰۰ واقعه ان دیسپلازیای شدید راپـور داده شده است.

لوحه کلینیکی کارسینومای عنق رحم (۹)

لوحه کلینیکی کارسـینومای عنـق رحـم معمـولاً مربـوط بـه نـوع و انـدازه وسعت آفت میباشد.

کارسینومای مهاجم عنق معمولا بین سنین ۲۰–۶۰ سـالگی بیشـتر تصـادف شـده و قلـهء آفـت در سـن ۴۸ سـالگی راپـور داده شـده اسـت ، درحالیکـه Carcinoma insitu در سنین ۳۰–۵۰ سالگی بیشتر تصادف می شود.

به صورت عمومی اعراض و علائم ذیل مطرح بحث است:

I. بدون اعراض: کارسینوما insitu و همچنین مراحل ابتدایی Invasive carcinoma بدون اعراض وعلائم می باشد.
II. اعـراض عمـومی ماننـد بـی اشـتهایی، دلبـدی، بـاختن وزن، کمخـونی و یوریمیا عرض اندام میکند.
III. درد که یک عرض واضح بوده و در صفحات موخر مرض تصادف مـی کند زیرا کارسینومای عنق بیشتر در عنق محصور مانـده و کمتـر التهـابی می شود، لذا بدون درد است مگر اینکه به داخل انساج مجاور خصوصـا نسج عصبی نفوذ نماید. دردها بـه شـکل دردکمـر، قسـمت سـفلی بطـن، سیاتیک، کولیک های احلیل و رکتوم تظاهر می کند.
IV. تزاید ادرار ودردناک شدن آن هم از جمله اعراض آن می تواند باشد
V. خونریزیهای غیر مـنظم مهبلـی: ازجملـه علائـم نسـبتآ وصـفی ومعمـولی کارسینوم مهاجم عنق رحم می باشدو مقدار آن از شکل **spotting** تـا خونریزی شدید و وافر فرق می کند. خونریزی مهبلی کارسینومای عنـق ممکن است در جریان عادت ماهوار ویا با ترضیضات مهبل و عنق خارج از این ایام ، عرض اندام کند و معمولا به اشکال ذیل دیده می شود:

خونریزی بین الحیضی که مقدارآن کم (spotting) ویا حتی وافر دیده می شود.

خونریزی بعد از عمل مجامعت(P.C.B) از اثر ترضیض.

خونریزی بعد از قطع طمث (P.M.B) که می تواند کم ویا زیاد باشد.

VI. افرازات مهبلی: در مراحل پیشرفته که تومور منتن می گردد ممکن است نزد مریضه افرازات متعفن خون آلود مشاهده گردد.

علائم مشخص کلینیکی

۱. عنق نارمل: در مراحل ابتدایی کارسینومای insitu و در تمام حالات کارسینومای insitu عنق نارمل به نظر می رسد.

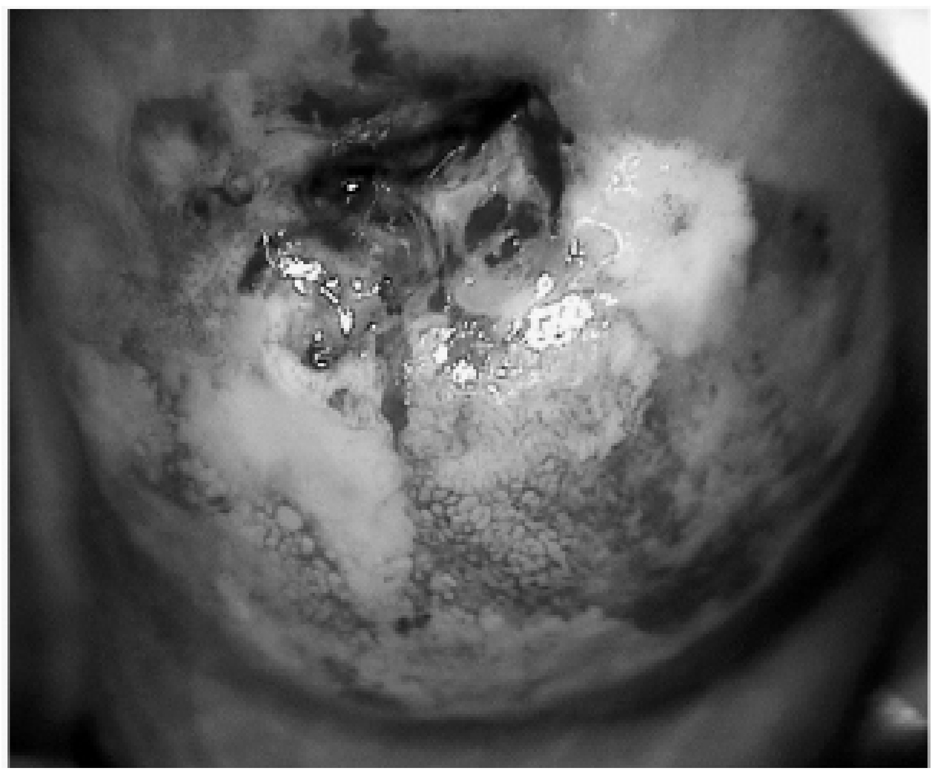
۲. قوام عنق رحم: اگر عنق سخت تر از حالت نارمل بوده وبا تماس خون بدهد، احتمال مصاب به آفت بیشتر می باشد.

۳. عنق تخریش شده: هرگاه در عنق تخریشی موجود بود که کنارهای آن غیرمنظم و عنق سخت باشد و آفت در یک قسمت عنق متبارز تر باشد، به عارضه باید بیشتر مشکوک شد.

۴. Polypoidal growth: اندازهء آن متفاوت است که از اندوسرویکس ویا اکتوسرویکس منشاء می گیرد.

۵. عنق بزرگ، سخت و شکننده: این نوع عنق برای آفت کارسینوما وصفی بوده وعنق معمولا ثابت وغیرمتحرک است.

حجم رحم نظر باندازه فیبروم و تعداد آن ها فرق میکند در یک تعداد حالاتیکه فیبروم ذنب دارباشد ممکن انطباع یک تومور مبیض را از سر بطن به معاینه کننده بدهد و جدا از رحم جس گردد.



شکل (٣٠) (٢)

Colposcopy—high-grade squamous intraepithelial lesion



شكل (٣١)　　　　　　　　　　(٢)

Colposcopy—invasive cancer

Contraceptives
Birth Control
(روش و میتود های ضد حاملگی)

مسئولیت والدین در تربیه اولاد چه از نظر جامعه شناسی و چه ازنظر اسلامی خیلی سنگین و پربار است. تولید نسل برای بقای حیات امریست ضروری، ولی نباید مانع زندگی حداقل نارمل گردد. بناء اگر در کنترل ولادت ها اهتمامات لازمه به کاربرده شود. تعداد بلند ولادت ها هم برای صحت مادرخطرناک بوده و هم سبب معیوبیت نزد اطفال گردیده و سطح وفیات مادر و طفل بلند می رود، برعلاوه هرنوع پلانی که با وجود دست داشتن به امکانات مادی طرح شود معروض به مشکلات گردیده وعملی شده نمی تواند چه رسد به این که فامیل و درنهایت جامعه از نظر علمی، اقتصادی و فرهنگی در سطح پائینی قرار داشته باشد.بناء کنترل در تعداد ولادت ها جوابگوی همه نیازمندی های که درین ساحه تذکر داده شد، می تواند باشد. روی این اصل است که وسائل و میتودهای مختلف ضد حاملگی از اوائل اختراع و اکتشاف روبه تحول بوده که در نتیجه میتودها و روشهای مختلف در کنترل ولادت ها نزد هردو جنس مردوزن بعد از مطالعه و بررسی مطرح شده و با در نظر داشت محاسن و معایب آنها امروز مورد استفاده قرار گرفته اند.

راه و روشهای مختلف دراین مبحث مورد بررسی قرار می گیرند بصورت عمده سه روش در کنترل ولادت ها عبارت اند از:

۱. روشهای طبیعی
۲. روش ایجاد مانعه **Barrier Method**
۳. ادویهء ضد حاملگی هورمونی

A: میتودهای طبیعی کنترول ولادت ها

a. **میتود ریتم و یا روش استفاده از جنتری:** این یک روش طبیعی کنترل بوده که بر اساس جنتری که در طول سیکل عادت ماهوار تنظیم گردیده، مناسبات جنسی عیار ساخته می شود. طوریکه میدانید در طول یک سیکل عادت ماهوار معمولا یک دانه تخمه پخته که قابلیت القاحی را داشته باشد، تولید شده که معمولا ۱±۱۴روز قبل ازعادت ماهوار بعدی آزادمیشود. از طرف دیگر سپرم در داخل دستگاه تناسلی خانم حداکثر ۲۴ ساعت وندرتا شاید **48** ساعت باکمترین حد زنده مانده بتواند و اووم خانم هم بعد از آزاد شدن همان ۲۴-۴۸ ساعت قدرت بارور شدنش را حفظ کرده می تواند ، لذا نزد خانمی که هر ۲۸ روز یکمرتبه عادت ماهوار می گردد. روزهای ۱۲-۱۶ عادت ماهوار با محاسبه از اولین روز شروع عادت مصادف به روزهائی که خانم آماده

حمل گیری است. بناء درهمین چهار روز اگر از مناسبات جنسی خودداری شود امکان حاملگی نزد خانم خیلی پائین است.

از دو روش دیگر هم برای تعیین روز Ovulation می شود استفاده کنیم. یکی تغییر مخاط عنق رحم است که آبگین می شود و قدرت لزوجیت آن نزدیک به هنگام آزاد شدن تخمه خانم بلند می رود و دیگری کنترول حرارت قاعدوی است (B.B.T) که تحت تاثیر تزاید ستروجن دو روز قبل از آزاد شدن تخمه درجه حرارت نزد خانم نیم درجه سانتی گراد سقوط نموده و هنگامیکه تخمه آزاد شد، تحت تاثیر پروجسترون آزاد شده از جسم اصفریک درجه سانتی گراد بلند می رود (۳۷.۵→(۲-۳روز)۳۶.۵→۳۷) این میتودها خیلی دقیق نبود ه و بین ٪۲۵احتمال خطا وجود دارد، زیرا کنترول و مراقبت آن خیلی زحمت دارد لذا فیصدی خطای آن زیاد است.

b. میتود قطع مناسبات هنگام ارضاء جنسی مرد و یا خروج مایع منوی(withdrawl method) : در این متود هنگامی که مرد به حد ارضاء جنسی خود رسید و احساس خروج مایع منوی را می نمود از مهبل خارج و مایع منوی را به بیرون از مهبل می ریزد. در این میتود دو معذوریت عمده مطرح است: نارضایتی زن و مرد ازعدم انزال شدن در مهبل زیرا به حد کامل ممکن است ارضاء نگردند و دوم ممکن است در هنگام خروج قضیب از مهبل قطراتی از مایع منوی که حاوی سپرم است

در مهبل بریزد و زمینه حاملگی را مساعد سازد .از این سبب است که فیصدی خطای این پروسه بلند بوده و٪۳۰-۲۵ راپور ارائه شده است.

C. Breast feeding یا شیردهی: درنزد بسیاری از خانم ها با ثرعملیه رقابتی بین هورمون های فص قدامی غده نخامیه عملیه Ovulation انجام نشده ، لذا خانم ها حامله نمی شوند خصوصا در شش ماه اول بعد از ولادت ولی هر قدر پروسه شیردهی طولانی ترشود احتمال بارور شدن از سبب تولید تخمه بلندتر می رود.

B-روش ایجاد مانعه Barrier Method

در این روش از به تماس آمدن و به هم رسیدن سپرم و اووم جلوگیری بـه عمل می آید و می تواند نزد مرد و زن بصورت جداگانه مورد استفاده قرار گیرد:

۱. مانعه های مردانه عبارتند از کاندوم و کشنده اسپرم
۲. مانعه های زنانه عبارتنداز دیـافراگم ، Today femshield، مـواد کشنده اسپرم، و تابلت های پروجسترون دار.

Male Barrier-I

کاندوم: نزد مرد هنگام انتعاذ آله تناسلی تطبیق گردیده که در نتیجه از ریختن مایع منوی در داخل مهبل جلوگیری می نماید.

محاسن

۱. به آسانی قابل دسترس است.

۲. ارزان است.

۳. عوارض جانبی عمومی و سیستمیک ندارد.

۴. از انتقال انتانات STD وAIDS جلوگیری می کند .

۵. با جلوگیری از انتنات ویروسی فیصدی آفت سرطان عنق رحم را پائین می آورد.

معایب

۱. بلند بودن فیصدی خطا (۱۴-۱۰٪) از اثر لغزیدن و تخلیه مایع منوی در مهبل ویا پاره شدن کاندوم

۲. حساسیت یکی از طرفین به مقابل کاندوم.

۳. بعضا زوجین از لذت جنسی کمتر برخوردار می شوند (عدم تماس مستقیم اعضای تناسلی)

۴. کاندوم یکبار مصرف است و دفعه دوم قابل استفاده نیست.

مواد کشنده اسپرم: مواد کشنده اسپرم که سطحی عمل می کنند مانند Nanoxynol، Octoxynol **و** Menfegol به شکل ژل و یا کرم تهیه شده و هنگام مجامعت به قضیب مالش می شود که نهایتا برای اسپرم ها کشنده بوده و فیصدی بلند وفیات را به آنها وارد می کند. در ظرف ۲-۱ ساعت سبب کشتن اسپرم ها شده و در جهاز تناسلی اسپرم زنده باقی نمی ماند. وقتی که تنها به حیث وسیله ضد حاملگی استفاده شود در حدود ۳۰٪ احتمال خطا دارد. اما با استفاده مشترک همراه کاندوم ویا

Caput (مانعه نزد خانم) استفاده شود موثریت خیلی بلندی دارد و ضمنا **از**STD هم جلوگیری موثری دارد. ۵ ٪ خطا راپور داده شده است.

ادویه انحطاط دهنده سیستم تولید اسپرماتوجنزیز: تا بحال ادویه ضدحاملگی که بتواند نزد مردها مانند خانم ها مانع تولید اسپرم ها گردند . نه هنوز جا افتاده است و نه هم در جهان طبابت عصری امروز معرفی شده اند. ادویه زیل به مقادیر معین تاثیر انحطاطی دارند.

- **Gosspol**: از آنجا ئی که تنقیص جنسی وایجاد Impotence را سبب می شود، نزد مردها قابل قبول نیستند.

Gosspol ابتدا درچین مورد استفاده قرارداده شده که از روغن پنبه دانه تهیه شده به شکل فمیmg ۲۰-۱۰ برای ۳ ماه و بعدا به مقدار **20 mg** در هردو هفته استفاده می گردد که سپرماتوجنزیز را به صورت مستقیم بدون دخالت در تولید FSH **و**Lh نهی می کند.

در **20%** وقایع باعث ضعف عمومی ، هیپوکالیمیا و عقامت دائمی مرد می گردد.

- **تستوسترون:** تستوسترون به **مقدار**200mg/**w** به شکل فمی در ظرف ۶ ماه سبب Oligomenorhea یا نزد خانم oligospermia یا نزد مرد شده می تواند.
- GnRh : GnRh هم اگر بصورت دوامدار مورد استفاده قرار داده شود سبب تنقیص تعداد اسپرم شده و همچنین تحرکیت آنها

را مختل می سازد ولی استفاده دوامدار آن زمینه ساز پـائین آمـدن اشتهای جنسی واوستئوپوروزیز می گردد.

Female Barrier- II

انواع مختلـف آن ماننـد Vaginal sponge،Today و Femshiled قبـل از عملیه مجامعت در داخل مهبل گذاشته می شود. هنگامی که با اسپرماتوسید هـای مردانه یکجا استعمال گردند موثریت بلندی دارند و به مدت ۸ سـاعت اقـلا بـاقی می ماند. بصورت قطعی از ۲۴ ساعت بیشتر در مهبـل گذاشـته نشـود زیـرا امکـان انتان و یا شاک سپتیک را به دنبال دارد.

- **دیافراگم**

این دیافراگم از رابرهای نازک با اندازه های مختلف ساخته شده اسـت و می تواند چندین مرتبه بعداز شسـته شـدن و خشـک سـاختن مـورد اسـتفاده قـرار گیرد. اندازه آن درخانم های ولادت کـرده واول بـاری متفـاوت اسـت و درجـه خطا ۱۰-۵٪ می باشد.

محاسن:

۱. پروسیجر مستقیما تحت کنترل خود خانم است.

۲. میتود موثر بوده واز **STD** و سرطان های عنق رحم جلوگیری می کند.

معایب:

۱. ضرورت به یادگیری در مراحل ابتدایی استفاده خود دارد.
۲. در بعضی خانم ها تکرر انتان طرق بولی راپور داده شده است.

۳. بعضا باعث آلرژی نزد یکی از طرفین می گردد.
۴. سبب شاک توکسیک در حالاتی که بیشتر از ۲۴ ساعت بماند، شده می تواند.
۵. ۱۰–۵٪ خطا راپور داده شده است.

- **IUCD**

این وسیله ضد حاملگی موثر، قابل ارجاع و طولانی مدت است که نزد خانم ها بدون مداخله با مناسبات جنسی مورد استفاده قرارگرفته می تواند.

از مواد پولی ایتیلین که با باریم سلفات مشبوع گردیده(جهت رادیواوپک شدن) ساخته شده است. چون ساختمان پلاستیکی دارد بناء Flexible بوده و قبل از تطبیق در داخل وسیله مخصوص جابه جا شده وتطبیق می شود. تمام انواع آن دارای تار نایلونی که بعد از جابجائی از عنق رحم در داخل جوف مهبل قرار دارد، می باشند که توسط خود خانم درقبه مهبل قابل جس بوده و به آسانی توسط پرسونل طبی و داکتر برداشته شده میتواند.

دارای انواع مختلف بوده که عبارتنداز:

۱–Copper T **که** دارای اندازه های مختلف بوده و به نامهای ذیل اند

- Coppe *T* **220- 230- 380**
- Noral T
- Nova T

یاد میشوند میباشند و از جمله *Nova T* حاوی نقره بوده که مدت ۸–۶ سال دوام میکند.

۲- *IUCD T* کـه حـاوی مرکبـات پروجسـترون انـد حـاوی ***38mg*** پروجسترون دربازوی عمـودی خـود بـوده کـه روزانـه ***65*** میکروگـرام آن آزاد میشود. لذا مدت دوام آن محدود باشد.

۳- Mirena: حاوی levonorgesterol بمقدار 52mg بوده که روزانه ***20*** میکروگرام آن آزاد شده و داخل دوران خون میشود. (برای ۵ سال)

نوت: مدت دوام *Copper T* معمولاً سه سال است ولـی نـوع ۳۸۰ آن بـین ۱۰-۸ سال به حیث وسیله ضد حاملگی میتواند موثر باشد.

میکانیزم تأثیر

۱- بحیث جسم اجنبی عمل نموده و از عبور اسپرم بـه طـرف علـوی قسـماً جلوگیری میکند.

۲- سبب ارتشاح مقدار زیاد لوکولیست ها در داخل رحم گردیـده کـه در نتیجه مانع غرس بیضه ملحقه با عمل مکروفاژ خود میشود.

۳- *Copper T*: سبب تغییرات میتابولیك در نسـج انـدومتر شـده کـه ایـن بنوبه خود مانع غرس بیضه ملحقه شده میتواند.

۴- *IUCD* های که حاوی پروجسترون هـا هسـتند سـبب اتروفـی انـدومتر شده و از جانب دیگر سبب تغییرات مخاط عنق رحم گردیده که در نتیجـه عبـور سپرم را از مهبل به داخل رحم مانع میگردد. و علاوتاً در پروسه دخـول اسـپرم بـه اووم مانعه ایجاد میکند.

مضاد استطبابات

۱- در هنگام صفحه افرازی نباید تطبق شود زیـرا امکـان حاملـه دار بـودن خانم موجود است.

۲- نزد خانم هائیکه مینوراژی و دیسیمنوره دارند نبایـد تطبیـق شـود ،زیـرا میتواند عارضه را شدیدتر کند.

۳- خانم هائیکه سابقه حمل خارج رحمی داشته باشـند خصوصـاً *IUCD* های که حاوی پروجسترون ها هستند خطر ایجاد حمل خارج رحمی را بلنـد مـی برند.

۴- نزد خانم هائیکه *C.S* شده اند و یا اسـکار رحمـی دارنـد نسـبت احتمـال بلنـد پرفوریشن نباید تطبیق شود.

۵- نزد خانم *NP* از سبب احتمال ظهور *PID* که زمینـه سـاز عقامـت شـده میتواند باید در تطبیق آن محتاط بود.

۶- خانم هائیکه انتان طرق سفلی تناسلی دارنـد بـرای جلـوگیری از انتشـار آن در علوی که زمینه ساز *PID* خواهد بود احتیاط شود.

۷- امراض عمومی مانند دیابت، امراض قلبی که زمینه معیوبیـت و تشـدید شدن آفت را مساعد میسازد نباید تطبق شود.

۸- با موجودیت فیبروم رحم نباید آنرا تطبیق نمود.

۹- نوع IUCD های پروجسترون دار و Mirena نباید نزد خانم های که کانسر ثدیه دارند استفاده شود.

اختلاطات IUCD

A- اختلاطات مقدم

درد از اثـر سـپزم و تشـنج رحـم ، vasovaginal Attack ، سـوراخ شـدن رحم، مشکلات در داخل ساختن در رحم ... و غیره

B- اختلاطات مؤخر IUCD

۱. Spotting یالکه بینی، مینوراژی و دیسیمینوره.
۲. PID در **3-10%** وقایع.
۳. انتان مهبلی از نوع Actinomycose.
۴. سوراخ ساختن رحم بمرور زمان.
۵. حمل خارج رحمی.
۶. بیجاشدگی IUCD در داخل رحم و گم شدن تار آن .
۷. غرس در داخل اندومتر و حتی میومتر.
۸. خروج IUCD هم به طرف داخل در داخل جوف بطن و هـم بـه طـرف خارج در داخل مهبل و افتادن آن.

خروج IUCD در داخل جوف بطن خصوصاً نوع Copper T نظر به اینکه سبب التصاق و سوراخ شدن امعاء میشود، ایجاب عملیهء لاپراتومی را جهت برداشتن آن میکند.

اگر خانمی که IUCD دارد حامله شـود ابتـدا بایـد بـا سـونوگرافی حمـل خارج رحمی رد گـردد. جهـت جلوگیری از Septic Abortion بهتـر اسـت برداشته شود ولی به هیچ وجه تأثیر تیراتوجنیک بالا جنین ندارد.

IUCD در حدود ۹۹.۵٪ از حمل در داخل جوف رحم جلوگیری کرده میتواند در صورتیکه حمل های داخل نفیری و بالای مبیضی و جوف حوصله را نمیتواند بیشتر از **95%** جلوگیری کند. هنگامی که با معاینه تار *IUCD* در حذای عنق رحم دریافت شده نتواند مسئله بیجا شده گی آن مطرح است که میتواند حالات ذیل رونما گردد.

۱- رحم ممکن است از سبب حمل بزرگ شده و تار به بالاکش شده باشد.

۲- تار بصورت بنفسه به داخل رحم جمع شده باشد.

۳- *IUCD* رحم را سوراخ و به داخل جوف حوصله رفته باشد.

۴- *IUCD* خارج شده است:

برای تشخیص از سونوگرافی استفاده مناسب تشخیص شده میتواند.

محاسن **IUCD**

۱- به مناسبات جنسی ارتباط ندارد لذا بیشتر قابل قبول است

۲- فیصدی پائین حاملگی نظر به دیگر میتودها دارد.

۳- مدت طولانی ۳-۸ سال نظر به نوع خود میتوانند کاربرد داشته باشد.

۴- جلوگیری از حمل درین طریقه موقتی است (۸-۳ سال) معمولا درظرف ۶ ماه بعد از برداشتن ان ***75%***خانم ها حامله میشوند.

۵- عوارض جانبی نظر به ادویهء ضدحاملگی هورمونی خیلی پایان دارد.

۶- *IUCD* بحیث وسیلهء موقتی ضدحاملگی میتواند استفاده شود (حتی تا ۵ روز بعد از مناسبات جنسی موثر است).

۷- تاثیرات کانسروجن بالای اندومتر ندارد.

۸- *IUCD* بعد از برداشتن حجاب رحمی (رحم های دوقرنه و حجاب دار) و هم در سندروم اشرمن (التصاق اندومتررحم) مفید واقع شده میتواند.

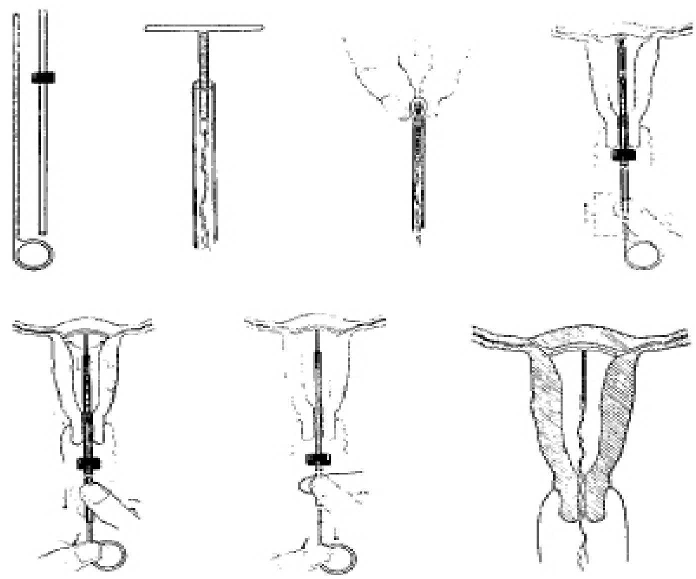
۹. IUCD از نوع Mirena میتواند مینوراجی و دیسمینوریا را تنقیص دهد.

معایب IUCD

I- به صورت مقدم درد اسپزمودیک رحم و مشکلات در دخول آن

II- به صورت موخر

- خونریزی
- درد در جریان عادت ماهوار
- مداخله انتانات یا *PID* سوراخ شدن رحم
- خروج *IUCD*
- حمل خارج رحم
- بیجا شدن *IUCD*



شکل (۳۲)   (۲)

insertion of the copper T

C. ادویه هورمونل ضدحاملگی

طیف وسیعی از این کته گوری وجود دارد که دارای انواع هورمـون هـای به اشکال مختلف بوده وبه پیمانهء وسیعی در سطح جهـان اسـتفاده کننـده دارد و عمدتاً از طرق ذیل قابل استفاده میباشند.

۱- از طریق فمی

۲- از طریق زرقی

۳- از طریق implante**های** تحت الجلدی.

۴- Vaginal ring

۵- Skin putches

٦- Post coital contraceptive

ادویه هورمونی ضد حاملگی از جمله‌ءروش های جلوگیری از حاملگی است که در سطح جهانی طرفداران زیادی دارد ،زیرا بیشتر از همه‌ءآنها قابل دسترس بوده و نیاز به کمک های ثانوی دیگری هم ندارد و مربوط به انتخاب خود خانم است، روی این اصل است که بیشتر مورد قبول زوجین قرار میگیرد.

ادویهٔ ضد حاملگی هورمونی به کتله های مختلف دسته بندی گردیده است که نظر به وضعیت عمومی وصحی خانم باید مورد استفاده قرار داده شود که عبارتند از

I. ادویه ضد حاملگی که از طریق فمی استفاده میشود: به سه دسته تقسیم میگردند.

- ادویه ضد حاملگی فمی بشکل مرکب (biphasic)
- // // // // (Triphasic)
- // // // // صرف (Monophasic)

II. ادویه ضد حاملگی که از طریق زرقی تطبیق میگردد و شامل سه دسته یا گروه اند:

- شکل زرقی combined ماهانه یک زرق.
- شکل زرقی ذخیروی یا Depote که هر سه ماه یکدفعه زرق میشود.

- زرق Narethisterone enanthate.

III. ادویه هورمونی ایکه به شکل تحت الجلدی غرس میگردند مانند

- Norplant I
- Norplant II
- Implanon

IV. ادویه هورمونی که بشکل Ring یا حلقه های مهبلی مورد استفاده

قرار داده میشوند.

- Combined hormone
- Progesteron ring

V. ادویه هورمونی ایکه بشکل وصله یا Patch های جلدی تهیه شده اند.

VI. ادویه هورمونی ایکه بعد از مناسبات جنسی مورد استعمال قرار داده

میشوند.

ادویه هورمونی که به شکل فمی یا خوراکی استفاده میشوند

این ادویه عبارتند از:

A.Combined oral contraceptive(COC)

این ادویه حاوی

Mestranol ۳۰ مایکروگرام

ethjnyl estradiol **20-30**

میباشد و دو شکل دیگر آن بنام های

Mala D که حاوی Norgesteral که به مقدار ۰،۵ ملی گرام

و Mala N که حاوی Norethisteron یک ملی گرام
میباشد در بازار تجارت یافت میشود.

طرز تاثیر: ادویه Combined ضد حاملگی بالای سیستم H.P.O Aaxis تاثیر نهی کننده داشته که در نتیجه از تولید FSH**و** LH جلوگیری نموده وبدینترتیب مانع تولید تخمه نزد خانم میگردند، لذا سیکل عادت خانم غیر تبیضی میشود و میزان خطا ۰۱،۰ فیصد میباشد.

طرز تطبیق: در هر سیکل عادت ماهوار به تعداد ۲۱ تابلیت از روز اول عادت شروع شده هرشب یکدانه (ترجیحاً شب برای جلوگیری از دلبدی و

استفراغات) تا ختم دوا ادامه داده میشود. بعداً مدت یک هفته قطع و دوباره شروع گردد. در صورت فراموشی تا فردا و شب دیگر دو دانه در یک دوز واحد اخذ شود واگر بیشتر از دو شب دوا قطع گردد از نظر حاملگی مصئون نخواهد بود. بصورت حتمی باید دوا به آخر رسانده شود در غیر آن قطع دوا سبب خونریزی whithdrowal گردیده و سیکل غیر منظم میشود. این نوع ادویه باید حتی در خانم هائیکه شیر هم نمیدهند ۶ ماه بعد از ولادت شروع شود ولی در خانم هائیکه سقط نموده اند و یا به حاملگی شان در سمستر اول خاتمه داده شده است فوراً میتواند شروع گردد.

محاسن ادویه Combined

۱-C OC موثریت بلند در کنترول حاملگی دارد وفیصدی حمل گیری در ینطریقه یک فی هزار یا $\frac{1}{1000}$ میباشد و یک طریقه قابل اعتماد و مطمئن است.

۲- باعث تنقیص مینوراجی و وقایه از دسمینوره گردیده واز کم خونی خانم جلوگیری میکند.

۳- از اثر پایین آوردن وظایف تولیدی تخمدانهازمینه جلوگیری از کانسر تخمدان ها را تا ۴۰٪ فراهم میآورد. علاوتاً از تشکل **Cyst** درتخمدان هاهم جلوگیری میکند.

۴- احتمال ابتلای اندومتر به کانسر درحدود ۵۰٪ تنقیص میابد و این خصوصیت تا حتی ۱۰ سال بعد از قطع دوا هم تاثیرات خود را بالای اندومتر حفظ کرده میتواند.

۵- وقوعات آفات نیوپلازی سلیم ثدیتان را کاهش میدهد.

۶- با تولید بلند غلظت و چسپندگی مخاط عنق رحم بحیث یک مانعه بمقابل عبور انتان بطرف علوی در داخل جوف رحم از PID جلوگیری میکند.

۷- امکان حمل خارج رحمی از اثر عدم تبیض نزد خانم از یک طرف و عدم PID از طرف دیگرخیلی پایین میآید.

۸- شش ماه بعد از قطع دوا حاملگی میتواند کاملاً بمیان آید (در ۹۰٪)

۹- اگر خانم در جریان استفاده از دوا حامله شد هیچ نوع تاثیر تیراتوجنیک بالای جنین ندارد.

اختلاطات COC

عوارض جانبی و اختلاطات در هنگام گرفتن COC ممکن است نزد مریضان بوجود آید که از یک حالت خفیف تامتوسط و حتی شدید فرق میکند این عوارض ممکن است خیلی موقتی و زودگذر بوده و یا اینکه بمدت زیادی نزد مریضه موجودیت خود را حفظ کرده بتوانند از این سبب لازم است که نوع و مقدار دوا بدقت انتخاب شده ودر مراحل ابتدایی خانم تحت مراقبت قرار داشته باشد. اگر عوارض به اختلاطات تبدیل گردیده و دوام یابد باید دوا فوراً قطع گردد عوارض عمده عبارتنداز:

۱. دلبدی و استفراغات :روی این اصل است که گرفتن دوا به شب هدایت داده میشود.
۲. خونریزی های بین الحیضی :در نزد بعضی خانم ها در ظرف سه ماه اول شاید رخ دهد که در حقیقت مرحله گذار عضویت از افرازات هورمونی خودش برای تطابق به مقدار هورمون توصیه شده میباشدو امکان دارد بزودی اصلاح و بر طرف شود. هرگاه امینوره بیشتر از ۶ ماه ادامه یابد در زمینه علت آن جستجو و تحقیق انجام شود.
۳. انتانات مونولیایی شاید بیشتربملاحظه رسیده بتواند.
۴. کانسرهای اندوسرویکال در خانم هاییکه COC دوامدار گرفته اند بیشتر امکان پذیر است.
۵. در مورد کانسرهای ثدیه و گرفتن COC یک مناقشه و بحث وجود دارد که تزاید احصائیوی نزد خانم هاییکه بمدت بیشتر از ۴ سال متواتر

از این ادویه در حالیکه سن شان پایین تر از ۲۴ سال بوده استفاده کرده اند راپور داده شده است.

۶. ادینومای غده نخامیه میتواند بوجود آید.

۷. ادینومای کبد و خرابی در وظیفه کیسه صفرا نیز راپور داده شده که بعضاً از اثر پاره شدن ادینومای کبد خونریزی، شاک و مرگ بمیان آمده میتواند.

۸. با COC شیر مادر کم میشود.

۹. تولیرانس کاربوهیدرات ها تنقیص یافته زمینه دیابت نزد خانم بلند می رود.

۱۰. از ترکیب ستروجنیکه در COC وجود دارد HDL پایین آمده و LDL بلند می رود در حالیکه پروجسترون تاثیر مخالف با این پروسه دارد. بناً مقدار و نوع پروجسترون در ترکیب COC مهم بوده در غیر آن زمینه آفات قلبی بیشتر مهیا میگردد.

۱۱. زمینه هیپرتنشن مساعد میشودو اگر موجود باشد آنرا خرابتر میسازد.

۱۲. بعضی ادویه مثلاً ریفامپین وانتی اپیلپتیک ها با مداخله در جذب COC چانس حامله دار شدن خانم را بلند ترمی برند.

۱۳. COC سبب کمبود اسید فولیک میشود.

۱۴. سردردی، نیم سری یا Migrain با انحطاط روحی و گرفتن وزن از عوارض جانبی COC میباشد که اکثرا توسط استعمال کننده ها قابل قبول نیست.

۱۵. COC قدرت کواگولیشن را بلند برده و زمینه ترومبوامبـولزم و حمـلات قلبی دماغی را به شکل Strock مساعد تر میسازد.

۱۶. خانم هایی که سـن بلنـدتر از ۳۵ سـال دارنـد و یـا اینکـه سـگرت کـش میباشند بیشتر به تشوشات ترومبوامبولیک مواجه شده میتوانند.

مضاد استطبابات COC

خـانم هاییکـه High Risk هسـتند نبایـد ازایـن دوا اسـتفاده کننـد کـه عبارتنداز:

۱. خانم هائیکه امراض قلبی، دیابت و فرط فشار خون دارند.
۲. خانم هائیکه سابقه حمله قلبی ویا ترومبوامبولزم را گذشتانده اند.
۳. خانم هائیکه کانسر ثدیه دارند.
۴. خانم هایکه امراض مزمن کبدی و صفراوی دارند.
۵. خانم هاییکه شیرده هستند.
۶. خانم هاییکه مصاب انیمـی Sickle cell بـوده و یـا اسـید فولیـک آنها کم باشد.
۷. خانم هاییکه سن بلندتر از ۳۵ سال دارند.
۸. خانم هاییکه Smoker هستند.
۹. خانم هاییکه از حالت متوسط بیشتر اضافه وزن هستند.
۱۰. خانم هاییکه epilepsy دارند ویا اینکه از نظـر TB تحـت تـداوی قرار دارند.

۱۱. خانم هاییکه بنا بدلایلی باید عملیات شوند. ۴-۶ هفته قبل از آن برای جلوگیری از ترومبوامبولزم دوای ضد حاملگی باید نزدشان قطع گردد.

تابلتهای Triphasic ضد حاملگی

این تابلت ها حاوی ایتنیل استرادیول (EE_2) و لیوونارجسترول (LNG) به ترکیبات مختلف باشند.

در ظرف ۶ روز اول از تابلت هایی که حاوی LNG50mg **و** EE_2 50mg ، میباشد استفاده میشود. و در ظرف پنج روز بعدی این تابلت ها حاوی LNG75mg، و $EE_2$40mg بوده در حالیکه در ده روز اخیر حاوی LNG 125mg و EE_2 30mg میباشد. طرز تاثیر این تابلت ها مانند تابلت های COC بوده باتفاوت اینکه این کته گوری دوا بالای استقلاب کاربوهیدرات ها و شحمیات تاثیر منفی ندارند ،لذا برای مریضان دیابتیک و کسانیکه امراض قلبی دارند میتوانیم از آنها استفاده نماییم. قابل یادآوریست چونکه در هر مرحله ترکیب دوایی از هم فرق دارد، بناًموثریت مطلوب آن وقتی است که به ترتیب و بشکل منظم ازآنها استفاده بعمل می آید.

C. تابلت های ضد حاملگی Monophasic

- **Minipile** یا (**POP**) **Progesteron Oral Pill**

پروجسترون از جمله هورمونهای مبیضی است که به شکل ادویه ضد حاملگی مونوفازیک تهیه گردیده است.

طرز تاثیر: سبب نهی فعالیت هورمونی غده هیپوفیز شده تبیض را مانع میشود و هم قابلیت نفوذ پذیری مخاط عنق رحم را شدیداً بمقابل عبور سپرم تنقیص میدهد و همچنین (باعث اتروفی اندومتر شده و از غرس بیضه در آن جلوگیری میکند).

از این سبب است که خطا در استفاده از این ادویه ۱ فی هزارمیباشد. ($\frac{1}{1000}$ زن در طول یکسال)

این تابلت ها تنها حاوی پروجسترون میباشند زیرا طوریکه تذکر داده شد بیشترین عوارض جانبی تابلت های ضد حاملگی مربوط به استروجنی است که در ترکیب آنها وجود دارد.

هرکدام این تابلت ها حاوی انواع ذیل پروجسترون بمقدار معین میباشند.

Levonorgesterel وNorethisterone 35m، Norgesterel 75mg 30mg در ترکیب یک تابلت بکار برده میشود.

تابلت باید در وقت معین در هر۲۴ ساعت با تفاوت اعظمی ۳ ساعت گرفته شود تا موثریت مطلوب خود را حفظ کرده بتواند. تداوی درروزهای ۷-۵ سیکل باید شروع شود و علاوتاً از این ادویه برای خانم های شیرده سه هفته بعد از ولادت تجویز شده میتواند زیرا تاثیر ناهی بالای پروسه شیردهی مادر ندارد. این گروپ ادویهٔ ضد حاملگی در حدود ۴۰٪ عملیه ovulation را نهی نموده سبب اتروفی اندومتر شده و مخاط عنق رحم را غلیظ میسازد که هر سه فکتور امکان فیصدی حاملگی را خیلی ها پایین میآورد.

محاسن POP

- عوارض جانبی و تاثیرات ناگوار ستروجن مطرح بحث نیست.
- شیردهی را نهی نمیکند.
- چون ovulation را نسبت به coc کمتر نهی میکند لذا امکان حاملگی نزد خانم بعد از قطع دوا نظر به coc خیلی بلندتر است.

معایب POP

- فیصدی بلندتر حامله دار شدن خانم ها(۳-۱ فیصد) نسبت به COC (**0.1%**) احتمال میرود.
- غیر منظم شدن عادت ماهوار نزد خانم ها بیشتر (۲۰٪) بملاحظه می رسد.
- انحطاط روحی، سردردی ، Migrin میتواند از عوارض آن باشد.
- گرفتن وزن اضافی امکان دارد.
- حمل خارج رحمی امکان وقوع بیشتری دارد.

مضاد استطبابات POP

- در سابقه حمل خارج رحمی مضاد استطباب است.
- در موجودیت CYST مبیض تجویز میگردد.
- در سرطان ثدیه وکانسرهای سیستم تناسلی نباید داده شود.
- در خانم هاییکه امراض فعال کبدی داشته باشند یا خانم هاییکه امراض اذینی قلبی دارند و همچنین خانم هاییکه Valproate ، سپیرینولکتان و میروبامات میگیرند نباید تجویز شود.

Cerazette یک دوایی است که حاوی desogesterel 75mg بوده و از گروپ POP میباشد در بیشتر از ۹۷٪ وقایع Ovulation را نهی نموده و ولی خفیفاً تاثیرات اندروجنیک دارد امروز بیشتر قابل استفاده است.

ادویه زرقی ضد حاملگی یا (**Depo injection**)

برای پیروزی و غلبه بر ادویه ضد حاملگی عوارض و مشکلاتیکه تطبیق همه روزه و به وقت ادویه فمی خصوصاً POP دارد محققین ادویه ضد حاملگی زرقی depote تنظیم و بدسترس گذاشته اند که عبارتنداز:

زرقیات پروجستوجن ها.

۱- (DMPA)Depo medroxy progesterone acetate
۲- (NETO) Norehiterone enanthate
۳- زرقیات عضلی مشترک استروجن وپروجسترون به شکل ماهانه

dmpa میکروکریستالین در محلولات آبی بمقدار **25**-50mg تهیه گردیده و ماهانه زرق عضلی میشود و علاوتاً میتوانیم به مقدار 150mg سه ماه و مقدار 300mg شش ماهه بشکل عضلی عمیق زرق گردد.

NETO بشکل محلولات زرقی روغنی بمقدار 200mg تهیه شده که هردو ماه یک زرق میشود. زرق باید بین روزهای ۷-۵ عادت انجام شود(نزد خانم هایی که شیر نمی دهند در ظرف ماه اول پس از ولادت و درخانم شیرده در ختم ماه سوم بعد از ولادت تطبیق گردد).

فیصدی حامله دار شدن در DMPA(۰،۴ الی یک فیصد) و در NETO (۳ الی ٪۶،۰) راپور داده شده است.

۱- مزایا

- میزان قبولیت آن بلند بوده و خطای حاملگی آن پایین است.
- خانم تحت مراقبت صحی دوامدار قرار داشته و حالت آن ثابت میماند.
- در حدود ۸۰٪ خانم ها در ظرف سال اول بعد از قطع دوا حامله میشوند ،اگرچه در DMPA فاصله زمان بیشتری ممکن است نیاز باشد.

۲- معایب

۱- خونریزی های شدید و غیر منظم در ۱۰-۲۰٪ شاید بملاحظه برسد.

۲- هنگامیکه تطبیق شد در صورت بروز عوارض جانبی ضرور است که تحمل گردد ، زیرا قابل برگشت نبوده و تا وقتیکه تاثیرات پروجسترون کاملاً به تحلیل نرود میتواند دوام کند.

۳- خانم ها ضرورت به تطبیق آن دارند لذا باید مرتباً به کلینیک مراجعه کنند.

۴- عوارض جانبی دیگر آن مشابه به **POP** میباشد.

زرقیاتیکه در جلوگیری از حمل هرماه باید تطبیق شوند

این ادویه که منظماً هر ماه باید تطبیق شوند قرار ذیل اند:

۱- Mesigina(Oestradiol valerate 5mg NET 50mg) بشکل عضلی عمیقاً زرق گردد فیصدی خطا ۰،۴ میباشد.

۲- (Ostradiol cypionate 5 mg + DMPA) Cycloten
فیصدی خطای این دوا ۰،۲٪ محاسبه شده است.

۳- Marvelon به مقدار ۵۰ مایکروگرام DESOGESTREL و ۳۰ مایکروگرام EE_2 میباشد.

۴- Femovan کــه حــاوی ۷۵ مــایکروگرام gestodene و ۳۵ مایکروگرام EE_2 میباشد.

این ادویه هورمونی مشترک که تذکر داده شد با کمترین فیصدی ممکن است در مقایسه با محلولات زرقی پروجسترونیک سبب عارضه غیر منظم شدن عادت ماهوار گردند.

ادویه زرقی تحت الجلدی ضد حاملگی

این ادویه به اشکال مختلفه ایکه در تحت الجلد می توانند جابجا شوند تهیه گردیده و به مقدارهای مختلف حاوی انواع هورمون های ضد بارداری میباشند. مزایای بلند این گروپ ادویه اینست که خانم ضرورت ندارد جهت تطبیق دوا، هدایات لازمه دیگر به کلینیک و داکتر (باستثنای مرحله اول تطبیق) مراجعه کند مدت استفاده آنها از ۳-۵ سال تنظیم شده است. علاوتاً مفیدیت دیگرشان نسبت به ادویه فمی اینست که ضرورت به عبور از مجرای کبدی ندارند. بناً عوارض جانبی کمتری نسبت به هورمون های پروجستوجینیک بالای کبد میگذارند و عمدتاً عبارتنداز:

۱- Norplant-I: حاوی ۶ کپسول Silastic بوده که از مواد Siloxana ساخته شده است. اندازه آن **۳۴x۲،۴** بوده و هر کپسول دارای 36mg

levonorgesterol میباشد. طرزالعمل طوریست که در ظرف سه ماه اول روزانه **85** مایکروگرام و تا ماه هژدهم روزانه در حدود **50** مایکرو گرام وبعد از آن روزانه **30** مایکرو گرام تا ختم دوره معینه اش آزاد میکند (برای مدت ۵ سال موثریت دارد.)

۲- Norplant II: این ساختمان دارای دو عدد میله که هرکدام LNG 70mg دارد میباشد. روزانه در حدود **50** مایکروگرام هورمون آن آزاد شده و برای ۳-۵ سال میتواند رول محافظتی از حاملگی را به شکل موثر بازی نماید.این هورمون ovulation را بیشتر از ۵۰٪ نهی نموده لاکن تاثیرات دیگر محیطی آن بالای مخاط عنق رحم واندومتر رحم همان تاثیرات ضد حاملگی میباشد.

۳- **Impletant:** عبارت از ادویه ایست که به شکل تحت الجلدی با وسایل مخصوص ترکیب گردیده جابجا میشود.

<u>عملیه تطبیق و برداشتن implant</u>

Implant در روز اول عادت ماهوار یا در ظرف هفته اول بعد از سقط و یا سه هفته بعد ازولادت باید تطبیق شود. خانم باید درظرف یک هفته اول بعد از تطبیق ، مناسبات جنسی نداشته و یا باید از میتودهای دیگر جلوگیری از حاملگی استفاده کند. Implant با انستزی موضعی در تحت الجلدی گذاشته میشود. چون کپسول قابل تجزیه نبوده و به تحلیل نمی رود بناً در ختم موعد معینه باید برداشته شود.

4- Ipmlanon : یک محصول جدید است که دارای یک میله که حاوی 67mg desogestral است. روزانه ۳۰ مایکروگرام آن آزاد شده و مدت سه سال موثریت ضد حاملگی خود را حفظ کرده میتواند.

5- Capronor : یک کپسول غیر منحل در محیط بیولوژی عضویت بوده و حاوی LNG=26mg بوده و دوام تاثیر آن مدت یکسال است. ضرورت به برداشتن بعد از انقضای مدت معینه مانند Norplant ندارد.

تمام انواع ادویه ضد حاملگی تحت الجلدی هم از نظر قیمت بلند بوده و هم هنگام تطبیق ضرورت بمداخله جراحی صغیره دارند علاوتاً فیصدی عقامت بعد از برداشتن نزد مریضان بلند است. عوارض جانبی و مضاد استطبابات معادل POP وشکل زرقی این ادویه دارد.

تکنالوجی جدید کاربرد هورمون ها بمقصد ضد حاملگی

طوریکه میدانید تمام انواع و روشهای ضد حاملگی هورمونی به نوبه خود دارای محاسن، معایب وعوارض جانبی میباشند. و بشر همیشه کوشیده است تا معایب عوارض واختلاطات را به حداقل رسانده بتواند. بناً در تطبیق روشهای استفاده از هورمون ها هم بمقصد ضد حاملگی از طریق مهبل Ring**های** هورمونی مهبلی را تهیه و ترتیب نموده است که عبارتنداز:

۱- **<u>Nova ring</u>**: این حلقه حاوی levonorgestrel 10mg بوده که روزانه ۲۰مایکروگرام هورمون آزاد میکند. Ring در داخل مهبل برای سه هفته جابجا شده برای یک هفته برداشته میشود و شکل دیگر آن برای سه ماه متوالی در مهبل باقیمانده میتواند هر سه ماه یکمرتبه برداشته میشود.)

محاسن

۱- استعمال آسان دارد.

۲- توسط خود خانم انجام شده میتواند.

معایب

۱- ممکن سبب عکس العمل موضعی گردد.

۲- بصورت بنفسه خارج گردد.

۳- فیصدی حامله دار شدن بلند است. (۱-۵) فیصد

۴- تعداد کمی خانم هائیکه امینوره میدهند این طرز العمل را نامطلوب میخوانند و رنج می برند.

۲- Skin patches ضد حاملگی

در ترکیب وصله های جلدی (S.P) به مقدار Norelgestromin 150mg و EE_2 20mg بکار برده شده و یکدانه آن برای یک هفته مانند پلاستر بالای سرین ویا بطن چسبانده می شود. دریک سیکل سه عدد آن ضرور بوده و یک هفته را خانم بدون Patche در هنگامیکه عادت می شود میگذراند. فیصدی خطا۱-۳٪ بوده و دوام خونریزی یا عکس العمل به مقابل patche ۲۰٪ است.بعضی خانم ها از سردردی، دلبدی ودرد ثدیه ها هم شاید شاکی باشند.

Centchroman:یک دوای ضد حاملگی صنعی غیر ستروئید است که یک تابلت آن **30mg** بوده و از روز اول عادت ماهوار شروع تا ظرف ۱۲ هفته در هر هفته دو دانه تابلت خورده شده وبعداز آن به هفتهء یکدانه تقلیل داده شود.در ظرف ۶ ماه بعد از قطع دوا امکان حاملگی موجود است. در حدود ۸٪

مریضان عادت ماهوار کم ولی طولانی را تجربه میکنند. فیصدی حامله شدن از ۱–۸٪ وقایع فرق میکند. نزد بعضی خانم ها سردردی، دلبدی واستفراغ، درد ثدیتان و تزاید وزن میتواند بمیان آید.

میتودهای ضد حاملگی دائمی

این میتودها که ذریعه مداخلات جراحی انجام میشوند سبب عقامت دائمی نزد زوجین می شوند. لذا ضروری است در هنگام اجرای آن به زوجین بصورت همه جانبه عواقب اجراآت تشریح شود و میتواند که نزد مرد و زن انجام شود.

۱- نزد مردها Vasectomy دو طرفه

۲- نزد خانم ها Tubectomy دو طرفه

Vasectomy :A

طرزالعمل: تحت انستیزی موضعی از طریق یک شق کوچک بالای سفن vasa defferent در طرف راست و چپ بصورت جداگانه دریافت شده و قسماً قطع و برداشته میشود یا اینکه در نهایت معکوساً بعد از قطع و گره زدن در داخل سفن جابجا میگردند و سپس عملیه ترمیم ادامه یافته و جلد دوخته میشود. برای ایجاد ستر یلتی درینمورد باید سه ماه انتظار برده شود. زوجین باید از وسایل دیگر ضد حاملگی درین سه ماه استفاده کنند .بعد از سه ماه مایع منوی باید معاینه شود و نتیجه آن باید Azoo spermia باشد. شکل دیگری که میشود Vasectomy را انجام داد .عبارت از Clips مخصوصی است که بدون جرحه از بالای جلد سفن مداخله شده Vasa defferent قطع میشود.

Vasectomy یک عملیه جراحی کاملاً سطحی و سرپایی است مرد میتواند فردایش کار خود را ادامه دهد و یک عملیات ارزان تر از عملیات Tubectomy میباشد .

اختلاطات عارضه

A. درد موضعی و کبودی ناحیه مداخله شده.
B. خونریزی و تشکل هماتوم.
C. انتان موضعی.
D. ترضیضات به اوعیه خصیتان و تشکل گانگرین.
E. تشکل سپرم انتی بادی و در نتیجه ایجاد امراض اتوایمون.
F. تشکل سپرماتوسل و گرانولوما در محل مداخله.
G. تشکل دوباره مجرا که در نتیجه faillar rate آن ۰،۱۵ فیصد راپور داده شده است.
H. تنقیص اشتهای جنسی و انتعاذ که صرف جنبهء روحی روانی دارند نه منشا علمی.

Female sterilisation

بهترین طریقه جلوگیری نزدخانمیکه تعداد اولاد کافی داشته و سن آن بلندتر از ۳۰ سال باشد شناخته شده است. و امروزه در هندوستان نسبت به تمام دنیا در فیصدی بلندتری از این روش استفاده بعمل میآید.

استطبابات Tubectomy

۱- هنگامیکه تعداد اولاد یک فامیل بزعم خودشان مکمل شده باشد که امروز عمده ترین علت اقدام به توبکتومی در سطح جهان همین دلیل است.

۲- امراض مادری از قبیل امراض قلبی، کبدی، دیابت، فرط فشارخون معیوبیت مادر و غیره که جریان حاملگی آنرا شدید تر می سازد.

۳- تشوشات عقلی مادر که نتواند از طفل خود پرستاری لازم نماید.

۴- گرفتن ادویه ایکه به اساس امراض مختلفه برای مادر تجویز شده مانند ادویه ضد صرعه. وغیره که اساساً تاثیرات تراتوجنیک بالای طفل میگذارند.

۵- بعد از ۳-۴ عملیهء **c.s** که انجام شده باشد.

۶- امراض ارثی از قبیل دیستروفی عضلی، تالاسیمیای ماجور، عدم توافق Rh فکتور وغیره که تحت مراقبت نبوده وانومالی جنینی مطرح بحث باشد.

میتودهای توبکتومی

۱- Minilaparatomy
۲- Laparatomy
۳- Laparascopy
۴- Vaginal Tubectomy
۵- Hysteroscopy

Minilaparatomy

در جراحی عملیات توبکتومی روش ها ومیتودهای چندگانه وجود دارد که با دلایل خاص خودش توسط پروفیسوران ومحققین طرح ، تنظیم وپیشنهاد شده و امروزه مورد اجرا قرار دارد که عبارتنداز:

۱- **Pomeroy method:** هرکدام از نفیرها در قسمت امپولاتوسط یک پنس گرفته شده و بشکل حلقه درآورده میشود، قسمت پایینی آن توسط تار cut gut بسته شده و سپس قسمت حلقه شده قطع میشود. درین میتود ریکانالیزیشن تیوب ها کمتر از **0.4** فیصدمیباشد و این طریقه برداشتن معمولترین است.

۲- Madlener Technique: هرلوپ تیوب بصورت جداگانه فشار داده شده و له ساخته میشودبعداً توسط تار غیر قابل جذب بسته میگردد فیصدی خطا در این میتود ۷٪ است وخرابترین اختلاط موخر آن حمل خارج رحمی است.

۳- Irving Method: قسمت متوسط تیوب ها بسته شده و برداشته میشود قسمت Proximal آن در میومتریوم وقسمت distal آن درداخل دو وریقه رباط عریض غرس میگردد. این میتود غیر قابل برگشت است.

۴- Aldridge Method: قسمت فیمبر یائی نفیرها در داخل دو وریقۀ lig latum جابجا می گردد. فیصدی بلند خطا دارد، زیرا امکان خروج فیمبر یا از داخل دو وریقهء Lig latum موجود است.

۵- Curnual resection: نهایت Curnual نفیرها بسته شده وبرداشته می شوند. خونریزی از اثر خرابی نوع عمل امکان بیشتری دارد که رخ دهد.

۶- Uchida Method: قسمت مصلی تیوپ تسلیخ و از قسمت متوسط نفیرها قطع و برداشته میشود و نهایت پراکسیمل تیوپ در داخل رباط عریض غرس میگردد.

۷- Fimboriectomy: قسمت فیمبریا برداشته شده لذا اصلاح و احیای مجدد تیوب ها جهت حمل گیری بعدی غیر قابل ارجاع است.

۸- Vaginal Tubectomy: بستن نفیرها از طریق مهبل یک عملیه بسیار مشکل است وسبب مداخله انتان و تزاید معیوبیت ها میگردد. علاوتاً خطای حمل آن بسیار بلند باشد. صرف در واقعاتیکه بمقصد اصلاح پرولاپس رحم عملیات مانچستر انجام میشود میتوانیم این عملیات توبکتومی را هم ضمیمه سازیم.

۹- Laparatomy: هرگاه به مقاصد دیگری که بالای حوصله مداخله انجام میشود مثلاً CS ، Cystectomy وغیره. میتوانیم عملیه بستن نفیرها را همزمان با آن انجام دهیم.

۱۰- Laparoscopic sterilization: از این پروسیجر عملیاتی در تمام دنیا خصوصاً در سطح هند به سطح وسیعی برای اجرای Tubectomy استفاده میشود. قسمت Isthmus نفیری با استفاده از یک Ring که بنام کلپ Hulka ویا Filshie یاد میگردد مسدود ساخته میشود. اگرچه جریان عملیات ساده و با اختلاطات زیادی همراه نیست ولی فیصدی خطا خوردن Ring و آزاد شدن مجرای نفیری خیلی بلند است لذا احتمال حاملگی به فیصدی بلندی قرار دارد (۰،۲ الی ۱،۵ فیصد) که مهمترین معیوبیت این نوع عملیات شمرده میشود.

۱۱- Hysterectoscopic sterilization: در هنگام اجرای هستروسکوپی از مواد سوزنده مانند quinacrine، مواد Sclerosing یا عملیه **Cauterization**

درنهایات proximal نفیری (نهایات رحمی) تخریب نسجی ایجاد شده کـه بعـداً سـبب چسـبندگی نفیرهـا و بنـدش آنهـا میشـود نسـبت بفیصـدی بلنـد خطـا و اختلاطاتیکه در جریان عملیات متصور است هنوز آنقدر ها مـورد اسـتفاده قـرار ندارد و دولت هم اجازه اجرای این پروسه را رسماً دائر نکرده است.

/اختلاطات و (Sequelae) معیوبیت های عملیات توبکتومی

۱- خطر انستزی مانند هرعملیات دیگریکه اجرا میشود مطرح بحث است.

۲- از اثر خطرات مانند خونریزی، انتانات، امبولی وانستزی در جریـان ایـن پروسیجر فیصدی مرگ ومیر به $\frac{4}{100.000}$ می رسد.

۳- احتمال معیوبیت از اثر خونریزی، انتان، پیریتونیت، التهـاب شـش هـا و انتان موضعی جرحه هم وجود دارد.

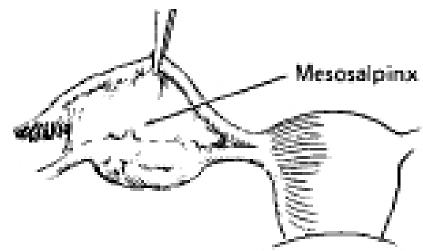
۴- از ٪۱۵-۰.۴ فیصدی خطا نظر به نوع عملیات محاسبه شده است.

۵- احتمال $\frac{6}{1000}$ واقعه حمل خارج رحمی مطرح بحث است.

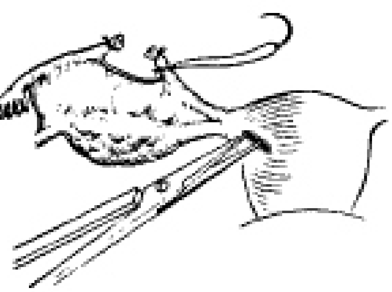
۶- **DUB** در حدود ٪۱۵ وقـایع راپـور داده شـده ولـی دلیـل آن مشـخص نیست.

۷- پشیمان شدن و متاسـف شـدن از اجـرای عمـل خصوصـاً اگـر یکـی از اطفال زوجین بنابه دلایلی تلف شود در سطح بلندی قرار دارد.

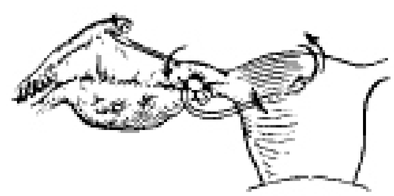
۸- تقاضا برای باز کردن دوباره نفیرها در فیصدی بلندی دیده شده است.



1. Uterine tube lifted and cut.



2. Double ligation with gut; one tie left long for traction (special traction suture). Mesosalpinx stripped back.



3. Special traction suture inserted in tunnel in anterior uterine wall.

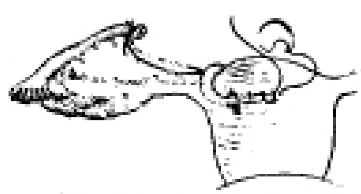
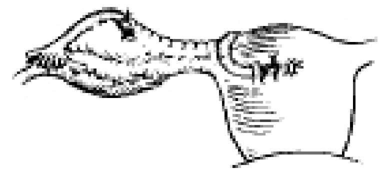


Figure-of-eight fixation suture

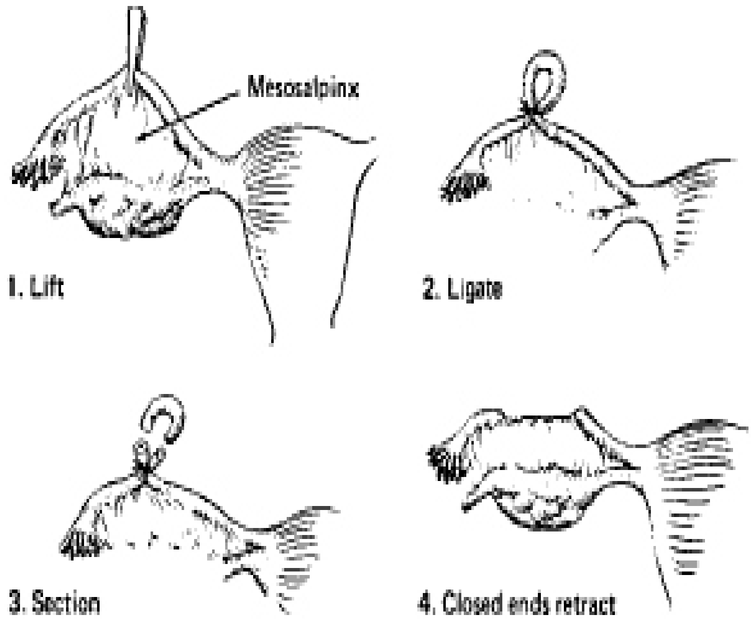
4. Implantation of the proximal tubal limb into a tunnel in the anterior uterine wall.



5. Traction suture tied and proximal tube sutured in tunnel.

Irving method of sterilization

شكل (٣٣) (٢)



شکل **Pomeroy method of sterilizati**

(۳۴) (۲)

خطرات بستن نفیر ها (۱۱)

بستن نفیر ها بطور مشخص بی خطر و مطمئن است. تحقیقات و مطالعات که توسط (CREST) Collaborative Review of Sterilization در سال ۱۹۸۳ بالای ۹۴۷۵ خانم در مراکز مختلفه معقم سازی در سطح ایالات متحده امریکا صورت گرفته ، میزان اختلاطات با استفاده از روش های مختلفه عقیم سازی نسبت ۱.۷ در صد واقعه راپور داده شده است، میزان اختلاطات با استفاده از انستیزی عمومی، عملیات جراحی قبلی اورگان های حوصلی و بطنی ،

تاریخچـه امـراض التهـابی و مکروبـی اورگـان هـای حوصـلی ، چـاقی و دیابـت شکری افزایش میابد. اختلاط اکثرا عمده و معمـول کـه بتعقیـت عقـیم سـازی بـا استفاده از عملیـات جراحـی بـه ملاحظـه رسـیده، عبـارت از چسـپنده گـی هـای اعضای بطنی میباشد. در یک تحقیق دیگر که بالای ۲۸۲۷ خانم که با اسـتفاده از روش های لاپراسکوپیک و استفاده از تسمه و نوارهای Silastic تحت انستیزی موضعی و ارام بخش های وریدی صورت گرفـت صـرفا چهـار واقعـه اختلاطـی دیده شد ولی هرگز ضرورت به عملیات جراحی باز نبوده اند نادرا التهـاب نفیـر ها میتواند منحیث اختلاط عملیـات جراحـی رخ بدهـد و اغلبـا در عملیـات هـای جراحی که از میتود کواگولیشن برقی استفاده میشود نسبت بـه میتـود غیـر برقـی بیشتراست. به اساس اخرین مطالعات ملی که در سال های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۰ صورت گرفته خطر مرگ در عقیم سازی خانم هـا ۱ یـا ۲ واقعـه در ۱۰۰۰۰۰ صـد هـزار خانم که عقیم ساخته شـده انـد دیـده شـده. تقریبـا نـیم از اختلاطـات مربـوط بـه انیستیزی عمومی بوده و معمولا مرتبط به استفاده از ماسک تهویه میباشد

وقتیکـه از انیسـتیزیای عمـومی اسـتفاده میشـود اسـتفاده از تیـوب شـزنی اجباری است زیرا موجودیت هوا در جوف پریتوان خطر اسپیریشن محتویات معده را افزایش میدهد . اسناد و ارقام که توسط انجمـن جلـوگیری از حاملـه گـــی بـــا عملیـــات جراحـــی اختیـــاری بدســـت آمـــده (Association for Voluntary Surgical Contraception) نشان دهنده عین درجه بیخطری این روش ها در کشورهای جهـان سـوم اسـت، طوریکـه ۴.۷ واقعه مرگ در ۱۰۰۰۰۰ صدهزار خـانم عقـیم سـاخته شـده و ۰.۵ واقعـه مرگ بعد از عملیه vasectomies مشاهده گردیده است .

ادویه ضد حاملگی که بعد از اجرای مناسبات جنسی استفاده شده میتوانند

این ادویه بمقصد جداکردن و یا جلوگیری از اتحاد سپرم و Ovum استفاده میشود که با مداخلهء خود یا عملیه Ovulation را نهی نموده و یا اینکه حمل گیری را حتی بعد از آزاد شدن تخمه مانع میشود.

این ادویه در حقیقت بحیث یک روش عقب گرا back-up method در جلوگیری از حمل عمل مینمایند که کاربرد آن در حالات ذیل است:

۱-اجرای مناسبات جنسی در حدود زمان تخمگذاری خانم.

۲- کفیدن و یا خطا خوردن کاندوم ور یختن مایع منوی در داخل مهبل.

۳-هنگامیکه ادویه ضد حاملگی خود را خانم نگرفته باشد.

۴-اگر مناسبات جنسی غیر قانونی نزد خانم انجام شده باشد.

میتود تطبیق

بهدف جلوگیری از حاملگی بعد از عمل مجامعت از ادویه مختلف و روشهای مختلف میتوانیم استفاده نموده و بهدف خویش نائل اییم.

A. تجویز مرکبات ستروجن: باساس نظریه **1977** Yazpi بمقدار**10mg** Norethisteron **2** Tablet **+** ethinyloestradiol در ظرف ۷۲ساعت بعد از عمل مجامعت برای مریضه توصیه گردیده و ۱۲ ساعت بعد دوباره تکرار گردد. فیصدی خطا ۳-۲ فیصد راپور داده شده است. نسبت عوارض جانبی نامطلوب آن تاهنوز آنقدرها طرفدار ندارد.

Ethenylostradial 1mg/D برای مدت ۵ روز تجویز گردد فیصدی خطای آن ٪۵-۱ محاسبه شده است.

B. **پروجستوجن ها**

LNG درخانم هایی که آفات قلبی، کبدی، دیابت و هیپرتنشن داشته و نتوانند از ستروجن ها استفاده کنند میتوان به ترتیب ذیل استفاده نمود. یک تابلت LNG75mg در ظرف ۷۲ساعت بعداز مجامعت و یک تابلت دیگر ۱۲ساعت بعدتر خورده شود. احتمال خطای آن ۱،۱٪ میباشد. این روش بحیث یک روش معمول در جلوگیری از حاملگی امروزه در سطح جهانی قبول شده است وبیشتر مورد تایید است مضاد استطبابات آن در نظر باشد.

C. RU486 یا (**Miteprostan**): این دوا سبب بلاک آخذه های پروجسترونیک اندومتر رحم شده و از لانه گرینی بیضه ملقحه جلوگیری کرده میتواند ولی عملیه القاح را مانع شده نمیتواند. یک دوز واحد 10mg کافی بوده و باید تا عادت ماهوار بعدی انتظار برده شود. (۹۹ فیصد موثریت دارد)

D. Centchroman بمقدار 60mg (۲تابلت) در ۲۴ ساعت اول بعد از مجامعت باید تجویز شود در حدود ۹۹٪ از حاملگی جلوگیری کرده میتواند.

E. پروستاگلندین ها: بشکل شیاف های مهبلی تنظیم شده است سبب تخریب فعالیت جسم اصفر که هورمون های افرازی آن برای بقای حمل ضرور است میگردد. در نتیجه از غرس بیضهء ملقحه جلوگیری میکند.

COPPER T IUCD -F

هرگاه این وسیله ضد حاملگی تا ظرف ۵ روز بعد از مجامعت در داخل رحم جابجا شود تاثیرات زیادی در جلوگیری از دوام حمل دارد. صرف **0.1%**

خطاراپورداده شده است.وسیلهء ارزان بیخطر و خوب است بعد از ۵ روز میشـود آنرا برداشت و یـا در صـورت ضـرورت مداخلـه بـرای برداشـتن آن نگـردیـده و بحیث وسیله ضدحاملگی آنراموردستفاده دوامدار قرار داد.

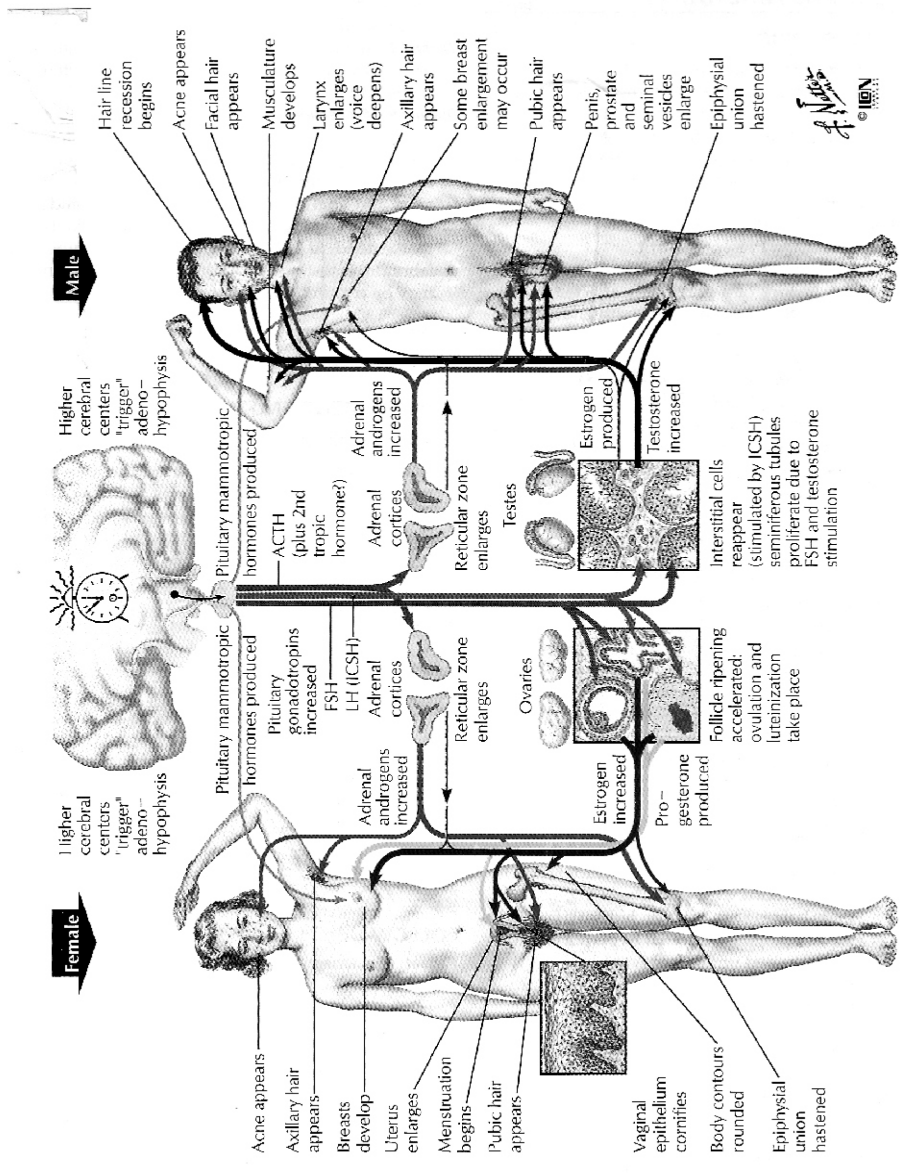
(۱) Hormonal Thearepy in Gyneacology

تداوی هورمونی نزد خانم ها

هورمون در زندگی و حیات انسانی رول با ارزش و بلندی دارند خصوصاً هورمون های جنسی که مسول انکشاف و رشد اورگان های تناسلی تالی جنسی نزد مرد و زن بوده ودرحقیقت خصوصیات جنسی را هم همین هورمون هادر زندگی انسانی می سازند. از نظر جنیکولوجی رول عمده و اساسی را در تداوی بسیاری از حالات مانند عقامت، ضدحاملگی، DUB، اندومتریوز، مشکلات دوران مینوپوز وبالاخره زندگی جنسی تناسلی خانم ها و غیره دارند چنانچه با پیشرفت علم طب و عصری شدن تداوی ها دربسیاری از موارد ماند DUB، اندومتریوز، PCOD به عوض تداوی های جراحی با تداوی هورمونی نتیجه مطلوب و مناسب بدست آمده و از عملیات جلوگیری شده است.

هورمون هایی که در ساحه طبابت از آنها استفاده بعمل میآید عبارتنداز:

- ❖ ستروجن ها و انتی ستروجن ها
- ❖ پروجستوجن ها و انتی پروجستو جن ها
- ❖ اندورجن ها و انتی اندروجن ها
- ❖ هورمون های غده نخامیه (FSH و LH)
- ❖ هورمون های که از هیپوتلموس افراز میشوند (GnRH)
- ❖ هورمون بروموکرپتین



Female
Male
Higher cerebral centers "trigger" adeno-hypophysis
Pituitary mammotropic hormones produced
Pituitary gonadotropins increased
FSH
LH (ICSH)
ACTH (plus 2nd tropic hormone?)
Adrenal cortices
Adrenal androgens increased
Reticular zone enlarges
Ovaries
Testes
Estrogen increased
Pro-gesterone produced
Follicle ripening accelerated: ovulation and luteinization take place
Estrogen produced
Testosterone increased
Interstitial cells reappear (stimulated by ICSH) seminiferous tubules proliferate due to FSH and testosterone stimulation
Acne appears
Axillary hair appears
Breasts develop
Uterus enlarges
Menstruation begins
Pubic hair appears
Vaginal epithelium cornifies
Body contours rounded
Epiphysial union hastened
Hair line recession begins
Facial hair appears
Musculature develops
Larynx enlarges (voice deepens)
Some breast enlargement may occur
Penis, prostate and seminal vesicles enlarge

شکل (۳۵)

(۴)

A - استـروجن ها

استروجن طبعی یک هورمون جنسی ۸ استروئیدی بوده که توسط تخمدان ها افراز میگردد (حجرات گرانولوزا و تکا) علاوتا غدوات ادرینال و پلاسـنتا نیـز این هورمون را تولید میکند. سترادایول مهمترین و فعـال تـرین هورمـون گـروپ استروجن ها بـوده کـه توسـط جگـر میتـابولایز شـده و بشـکل سـترول و سـترون کانجوگه شده در ادرار طرح میشود.

بعد از مینوپوز منبع اساسی و عمده استروجن غـده ادرینـال و قسـما هـم از تحول اپی اندروستیندایون به سترون که در نسج شحمی قرار دارد میباشد.

فیزیولوژی

۱- اسـتروجن مسـئول تحـول، رشـد و انکشـاف اورگانهـای تناسـلی تـالی جنسی، در جریان دوره بلوغت میباشد.

۲- در دوران باروری خانم (۱۳-۵۰ سالگی) استروجن با میکانزم فـد بـک منفی سبب نهی افراز FSH و تنبیه LH میگردد

۳- تاثیرات کاردیوپروتکیف داشته و سویه HDL را به سـطح بلنـدی نگـه میدارد.

۴- سبب حفظ فعالیت مینرالیزیشن عظام خصوصا در مفاصـل hip و مرفـق میگردد.

۵- تا وقتیکه اندومتر تحت تاثیر استروجن قرار نگیـرد پروجسـترون بـالای آن تاثیر کرده نتوانسته و وارد صفحه افرازی نمیگردد.

۶- در هنگام آزاد شدن تخمه سبب رقیق شدن افرازات عنق رحم گردیده که زمینه را برای نفوذ سپرم بداخل رحم مساعد میسازد.

مستحضرات استروجن

- **Ethinyloestradiol (EE_2)**: هنگامیکه بشکل فمی استفاده شود در ظرف ۴ساعت سویهء آن در خون به حد اعظمی خود رسیده و مدت half life آن ۱۲ تا ۱۴ ساعت است وبنوبهءخوداساسا یکی از مستحضرات عمده در ترکیب ادویه ضد حاملگی میباشد.
- **Conjugated oestrogen (premarin)**: یک استروجن طبعی است که از ادرار حیوانات ماده بدست می آورند و معمولا نزد خانم ها در دوران مینوپوز بحیث هورمون تعویضی مورد استعمال دارد (HRT) و هم چنین در خانم های جوان که مینوراجی دارند میتواند موثر ثابت شود. این هورمون از طریق فمی و هم چنین وریدی میتواند مورد استعمال قرار گیرد.
- کریم **Dienoestrol**: یکی از استروجن هایی است که کاربرد موضعی دارد و خصوصا در vulvovaginite های دوره مینوپوز ودر HRT موثریت مطلوب دارد.
- **Implante** که باشکال ۲۵، ۵۰و۱۰۰ ملی گرام تهیه وبطور دوامدار قابل دسترس است.
- مرکبات ستروجن به شکل skin patch جهت استفاده در واقعاتیکه ضرورت به HRT دارند در بازار تجارت موجود است.

- **Micronised oestrog (E_2)**: کـه زیرنـام Estrofem در بازارتجارت موجود است.

استطبابات استروجن ها

۱- در صفحه مینوپـوز بمقصـدرفع عـوارض کمبـود سـتروجن بـرای یـک دورهء کوتـاه بشـکل دورانـی بـا پروجسـترون و هـم بـرای رفـع عـوارض dyspareunia, urethral syndrom موثر ثابت شده میتواند.

۲- بشـکل طـولانی مـدت بمقصـد جلـوگیری ازاوسـتیوپوروزیزو کـاردیو پروتکتیف در خانم ها در صفحه مینوپوز.

۳- در ترکیب ادویه ضد حاملگی به اشکال مختلف.

۴- در تداوی DUB.

۵- در نزد خانم هائیکه مصاب Intersex هستند ماننـد Turner syndrom و غیره.

۶- در مردانیکه مصاب کانسر پروستات باشند.

مضاد استطبابات

۱- در واقعات مشکوک بـه سـرطان هـای طـرق تناسـلی خصوصـا کانسـر اندومتر رحم.

۲- کانسرهای ثـدیه.

۳- به مریضانیکه سابقه ترومبوامبولی داشته باشند.

۴- امراض جگر و کیسه صفرا.

۵- خانم هائیکه امراض قلبی، فرط فشار و دیابت دارند.

۶- نزد خانم های شیرده (باعث نهی افراز شیر میشود)

۷- در مریضانیکه مصاب انیمی **sickle cell** هستند تجویز ستروجن زمینه ترومبوز را مساعد میسازد.

۸- ادویه ریفامپین، باربیتوارت ها، فینیتوئین و انتی کواگولانت ها با ملاحظه در جذب ستروجن تاثیرات آنرا پائین میآورند.

عوارض جانبی

۱- دلبدی و استفراغات.

۲- احساس درد در ثدیه ها (Mastalgia).

۳- ترومبوامبولی و ترومبوز اوعیهء قحفی.

۴- کانسر های ثدیه و اندومتر.

۵- ادینومای کبد و امراض کیسه صفرا.

۶- وخیم تر ساختن فرط فشار خون و دیابت.

Antiosterogenics -B

عبارت از ادویه هستند که تاثیرات و عملکردهای استروجن ها را نهی میکنند و عبارتند از:

۱- اندروجن ها (Androgens).

۲- لیتروزول (**Letrozal**).

۳- کلومفین سترات .(**clomephin citrate**)

4- تاموکسیفین (**Tamoxifen**).

I- کلومیفین سترات

استطبابات

۱- درعقامت اگر از سبب سیکل های غیر تبیضی باشد.

۲- درعقامت که از اثر PCOD باشد.

۳- تنبیه و تحریک تخمگذاری (چندین عدد) به مقصد استفاده از تکنیک های کمک شده assisted Reproductive Technique (ART) مانند IVF وغیره. **25**mg/D برای ۲۵ روز در هر ماه بمدت ۶-۳ ماه سپرماتوژنز را تنبیه میکند.

مضاد استطباب

۱- امراض مزمن کبد.

۲- scotoma.

۳- موجودیت cyst مبیض که سبب تزاید حجم آن میشود.

طرز استفاده

بمقدار 50mg/D از روز دوم عادت ماهوار شروع شده و برای ۵ روز ادامه داده شود و بعد از روز دهم یکروز در میان U/S انجام شود و هنگامیکه اندازه فولیکول دو گراف به حجم $\mathbf{20^{mm}}$ رسید یک امپول h.C.G 5000Iu زرق عضلی گردد که در ظرف ۴۰-۳۶ ساعت بعد از زرق تخمه پخته از فولیکول دو گراف آزاد میشود. بدین ترتیب تجویز h.C.G زمان نسبتا دقیق آزاد شدن تخمه

را مشخص ساخته میتواند و با این پروسه عدم کفایه تخمگذاری را که در تخمدان ها موجود بود میشود رفع نمود.

در صورتیکه در ماه اول نتیجه مطلوب حاصل نشود در دوماه بعدی تا حد ۱۰۰ و **۱۵۰mg** بمقدار کلومیفین افزایش داده شده میتواند با این و تیره آزاد شدن تخمه به ٪۸۰ بلند رفته ولی فیصدی حامله شدن خانم ٪۵۰ میباشد و این پائین بودن فیصدی حاملگی از اثر تاثیرات انتی ستروجنیک کلومیفین بالای اندومتر رحم و عنق رحم میباشد تداوی نباید بیشتر از ۸-۶ ماه ادامه یابد؛ زیرا با مدت طولانی تر این هورمون زمینه اوستیوپوروزیز نزد خانم ها مساعد میشود.

Letrazole -II

یک هورمون non-steroidal aromate inhibitor است . بمقدار **2.5** mg/D برای ۵ روز در هر سیکل تاثیرات کلومفین را بلند تر برده و آنرا تقویه میکند، زیرا که تاثیرات انتی استروجنیک کلومیفین را بالای اورگانهای **Target** (اندومتر و عنق رحم) کم ساخته و چانس هیپرستیمولشن را معمولا پائین میآورد. معذوریت این دوا قیمتی بودن آن و تاثیرات ناگوار داشتن بالای کبد میباشد.

Tamoxifen -III

یک دوای غیر ستروئیدی و انتی ستروجنیک بوده که معمولا در کانسر های ثدیه مورد استعمال دارد. این هورمون با آخذه های ستروجن متحد گردیده و مانع اثر ستروجن ها میگردد. ولی میتواند سبب هیپرپلازی اندومتر و کانسر ثدیه ها گردد بمقدار **10-20**mg/D تجویز میگردد.

عوارض جانبی

۱- دلبدی و استفراغ.

۲- تشوشات رویت، سکوتوما .

۳- سر دردی، سر چرخی و پت کشیدن.

۴- وزن گرفتن و موی رفتن.

۵- انتی ستروجنیک ها بالای مخاط عنق رحم تاثیر نموده و سبب مغالطه فاز جسم اصفر میشوند. (مخاط عنق را غلیظ میسازد)

۶- فرط تنبیه و تولید تخمه های متعدد (۱۰٪)

۷- حمل های چندگانه و سقط.

۸- عدم کفایه قبل از وقت تخمدان ها.

۹- کارسینومای تخمدان ها.

Progesterone -C

پروجسترون یک هورمون ستیروئیدی است که از حجرات Theca جسم اصفر در نیمه دوم سیکل عادت ماهوار و هم چنین پلاسنتا افراز میگردد. این هورمون توسط کبد میتابولیز گردیده و بشکل pregnandiol از طریق کلیه طرح میشود. پروجسترون طبعی هرگاه از طریق فمی اخذ شود غیر موثر بوده وباید از طریق عضلی تطبیق شود. بالای اندومتر رحم وقتی تاثیر وارد کرده میتواند که قبلا تحت تاثیر ستروجن قرار گرفته باشد.

پروجسترون سبب تولید مخاط غلیظ در عنق رحم گردیده و مانع نفوذ سپرم در آن میشود و علاوتا سبب استرخا عضلات رحم و بلند رفتن تقویت

عضلات عنق رحم میگردد (فوهه‌ء داخلی) و هم مسئول دوام حمل الی رسیدن به ترم میباشد.

در جهان طبابت امروز مرکبات صنعی پروجسترون با انواع و اشکال مختلف وسیعا در دسترس موجود بوده و کاربردهای کلنیکی دارند که عبارتند از:

۱- Micronised progesterone بشکل فمی و مهبلی (تابلت های 100mg)

۲- Retroprogesterone-dydrogesteron (Duphaston)

۳- Ester of progesterone 17 alpha hydroxyprogesteron یا proluton depot

٤- Medroxy progesterone acetate (MDPA)

٥- Alkyl derivative of nortestosteron مانند gestodene ، desogesteral, norethisterone, norgestrel, و غیره.

٦- Alkyl derivative of Testosteron مانند ethisterone

کاربرد کلنیکی مشتقات پروجسترون

۱- proloton depot بشکل زرقی در فاز افرازی و هم چنین در مراحل مقدم تهدید سقط و سقط های مکرر قابل استفاده میباشد.

۲- در ترکیب ادویه ضد حاملگی monophasic و biphasic مورد استعمال دارد.

۳- بشکل postcoital pill **از** Levonorgesteral تابلت های۷۵، ملی گرام در ظرف **72h** بعد از مجامعت و تابلت دومی ۱۲ ساعت بعد تر ،از حاملگی جلوگیری کرده میتواند.

۴- جهت تداوی تعویض هورمونی (HRT) همراه با ستروجن ها.

۵- در کانسر های میتاستاتیک اندومتررحم بشکل زرقی.

۶- بمقصد تداوی DUB.

۷- در تداوی دیسمنوره و اندومتریوزیز.

۸- در تداوی امینوره همراه با ستروجن که خونریزی عادت ماهوار را بشکل withdrawal سازماندهی میکند.

۹- قبل از عملیات Ablation اندومتر (TCRE) : پروجسترون برای ۴-۶ هفته قبل از TCRE تجویز میگردد که سبب نازک شدن اندومتر می شود.

۱۰- تاخیردر عادت ماهوار که از Norethisterone 5mg/TID برای ۳-۴ روز قبل از میعاد متوقع عادت ماهوار تجویز گردیده و سبب تاخیر در عادت ماهوار میشود و این به هدف مسائل اجتماعی (مثلا حج) میتواند تنظیم شود.

عوارض جانبی

۱- دلبدی و استفراغ.

۲- درد ثدیه ها، سردردی و وزن گرفتن.

۳- انحطاط روحی.

۴- تزاید LDL.

۵- ترومبوز اورده عمیقه و امبولی ریوی.

۶- کانسر ثدیه.

مضاد استطباب

۱- خونریزی های مهبلی بدون علت.

۲- تومورهای ثدیه در هر دو شکل سلیمه و خبیثه آن.

۳- داشتن سابقه ترومبوامبولیزم.

D-انتی پروجسترون ها

. اینها گروپ هورمون هایی هستند که با اتحاد به آخذه های پروجسترونیک در غدوات Target مانع تولید هورمون پروجسترون میگردند که از عمده ترین این ادویه هورمون Mifepriston (RU486) میباشد این گروپ ادویه بمقاصد مختلفه درطبابت نسائی مورد استعمال دارند که بصورت خلاصه به بعضی از نکات عمده آن که به نمایندگی از Ru486 یادآور شده ایم بحث مختصری می نماییم.

- **(RU486) Mifepriston**

موارد استعمال آن قرار ذیل یاد آوری میگردد

A. به مقصد خاتمه دادن به حمل در مراحل ابتدایی حاملگی

B. بمقصد پخته شدن عنق رحم برای پروسه ولادت در سقط های که در ترایمستر دوم حاملگی ایجاب میکند که اجرا گردند.

C. بحیث یک دوای ضدحاملگی به شکل pill مهبلی که بعد از مجامعت گذاشته میشود .

D. در تداوی در مراحل ابتدایی حمل خارج رحمی قبل از تمزق sac حاملگی.

E. به هدف افتادن حمل های مرده (missed Abortion) بمقصد اینکه ضرورت به D+C نیفتد.

F. در مریضانیکه مصاب کوشینک سندروم هستند، زیرا Ru486 تاثیرات Antiglucocorticiod دارد.

عوارض جانبی Ru486

این دوا مانند تمام ادویه دیگر دارای عوارض جانبی بوده که نظر به بنیه و عکس العمل عضویت خانم متفاوت میباشد. در بعضی حالات عوارض کم و خفیف بوده توسط خانم تحمل شده میتواند وندرتاً هم بعضاً شدید وغیر قابل تحمل است که این عوارض عبارتنداز:

۱- دلبدی و استفراغات.

۲- سردردی و حساسیت جلدی به شکل skin rash

۳- عدم کفایه غده فوق الکلیه اگر بدوز بلند و دوا مادارداده شود.

۴- تاثیرات تیراتوجنیک بالای جنین دارد لذا به خانمیکه دوام حمل خود را تقاضامند است نباید تجویز شود (زمینه سقط و معیوبیت را مساعد می سازد)

مضاد استطبابات Ru486

در حالت ذیل نباید داده شود.

۱- در صورتیکه مشکوک به حمل ویا عدم کفایه غده فوق الکلیه باشیم.

۲- نزد خانم هاییکه امراض قلبی وعایی و یا استماً دارند.

۳- خانم هاییکه بنا به دلایلی گلوکوکورتیکوئید وانتی کوا گولانت میگیرند.

۴- خانم هاییکه تشوشات خونی یا هموراژیک دارند.

۵- کسانیکه مبتلا به مرض گلوکوم هستند.

E- **اندروجن ها(Androgens)**

اندروجن هورمون، گروپ هورمون هایی اند که توسط خصیه هادر مردها و توسط خانمها از حجرات نسج استرومای مبیض ها واز غدوات ادرینال در هر دو جنس افراز میشوند.

- **تستوسترون**: یکی از عمده ترین نماینده این گروپ بوده که نزد خانم ها در امراض نسائی کاربرد زیادی ندارد زیرا مقدار بیشتر از نارمل آن در عضویت خانم تغییراتی را ایجاد می کند که از نظر جنسی مشکل زا بوده و حتی در بعضی مواقع غیر قابل برگشت هم میباشد. بطور مثال هر سوتزم، ویریلزم ، اتروفی ثدیه ها، خشک شدن مهبل، کشیدن ریش، بروت و موی در نواحی مختلفه بدن به

شکل مردانه، غورشدن آواز و غیره لذا کاربرد طبی آن نـزد خـانم ها بسیار محدود است.

- **Danazal** : یکی از جمله اندروجن ها است کـه در حقیقـت از مشـتقات **17**الفـا ethinyl testosterone بمیـان میآیـد. ومـوارد استعمال بیشتری نظر به تستوسـترون در خـانم هـا دارد کـه عمـدتاً عبارت اند:

۱- در تـداوی طبـی انـدومتریوز اساسـاً میتوانـد مـوثر باشـد کـه یـا بصورت ابتدایی بهمین هدف مورد استفاده قـرار گرفتـه و یـا اینکـه بعـد از عمـل جراحی بمقصد ریشه کـن کـردن بقایـای انسـاج انـدومتریوز بکـار بـرده میشـود. بمقدار **400-800**mg/D برای ۹-۶ماه تجویز گردیـده کـه در حـدود ٪۹۰-۷۵ موثریت تداوی مطلوب دارد. تداوی طولانی با آن سـبب ویریلـزم و هـم باعـث ایجاد اوستیوپوروز در عظام نزد خانم شده میتواند.

۲- در تـداوی DUB زیـاد مـورد اسـتعمال داشـته ولـی از وقتیکـه مرکبات صنعتی پروجسترون به بازار تجارت عرضه شده است از Danazol کمتر استفاده میشود.

۳- اگر بمقـدار 200mg دانـاز ول روزانـه بـرای ۶-۴ هفتـه بمقصـد تکمش اندومتر قبل از TCRE داده شود مفیدیت خاصی دارد.

۴- اگر Mastalgia نزد خانم در جریان سیکل هـای عـادت مـاهوار باشـد بمقـدار 100mg روز دو دفعـه در ۶۰-۷۰٪ وقـایع شـفا را در قبـال دارد. و همچنین در تداوی gynicomastia موثریت خاصی دارد.

۵- سبب اصلاح اشتهای جنسی نزد خانم ها میشود.

۶- هرگاه قبل از عملیات جراحی نزد خانمیکه فیروم رحمی دارد تجویز گردد. سبب تکمش فیبروم وتسهیلات لازمه در اجرای عملیات میگردد.

عوارض جانبی Danazol

۱- سردردی، گرفتن وزن و اکنه در وجه ، گردن وصدر.

۲- هرسوتزم وویریلزم.

۳- کرمپ های عضلی در قسمت های مختلفه عضویت که باعث درد شدید میشوند.

۴- اتروفی ثدیه ها.

۵- امینوره قابل برگشت که بعد از قطع دوا ارجاع میشود.

۶- تخریبات در کبد و تزاید LDL که زمینه ساز فرط فشار و امراض قلبی است.

۷- تغییرات مردانه (Masculinisation) نزد طفل دختر از نظر فزیکی.

- **Gestrinon**

یکی دیگر از مشتقات اندروجن ها بوده که بشکل فمی در بازار تجارت عرضه شده است. به مقدار ۲.۵-۵ ملی گرام هفته دو دفعه در ۸۵٪ وقایع نزد خانم های که DUB دارند امینوره را سبب میشود عوارض جانبی آن از دانازول کمتر است لاکن از نظر اقتصادی قیمت آن بلند است.

Anti Androgens -F

این گروپ ادویه عبارت اند از cyproterone acetate، سپیرینولکتون، Tlutamide، Finastrid میباشند که در تداوی هرسوتزم که از اثر PCOD عرض اندام کرده باشد موثریت خاص و عمده دارند.

عوارض جانبی

دارای عوارض جانبی ذیل اند

۱- هیپاتوتوکسیک اند لذا باید بدقت تجویز گردند.

۲- باعث تنقیص اشتهای جنسی می شوند.

۳- سبب امینوره میگردند.

۴- جلد خانم ها خشک گردیده ، شفافیت ولطافت خود را از دست میدهد.

گلوکوکورتیکوئیدها بندرت در تداوی PCOD ، سیکل های تحیضی غیر تبیضی، عقامت و هیپرپلازی غدهٔ ادرینال بکار برده میشوند.

G- هورمون های غده نخامیه

غده نخامه هورمون های زیادی را تولید میکند که از جمله سه نوع آن تاثیرات مستقیم بالای ساختمان فزیکی و جنسی خانم ها وارد میکند که عبارتنداز:

۱- (Fuliculle stimulating Hormon)FSH

۲- (Leutinizing Hormon)LH

۳- Prolactin که مسئول تولید شیر است.

➢ FSH: از ادرار خانم هایی که به سن مینوپور قرار دارند بدست آورده میشود. هر امپول آن حاوی **75iu** میباشد که بشکل powder در آورده شده است. همراه مایع محلول کننده دریک بکس قرار دارد.

➢ Human-beta chorionic gonadotrophin: از نزد خانم های حامله بدست آورده شده و بشکل پودر در داخل بوتل های شیشه ای ۱۰۰۰، ۲۰۰۰ و ۵۰۰۰ یونت با محلول آبی اش گذاشته شده است.

کاربرد تراپوتیک هورمون های غده نخامیه قرار ذیل است

۱- هیپوگونادوترفیک هیپوگونادیزم (عدم رشد و یا رشد ناقص گونادها که منشأ آن غده نخامیه باشد) در نزد خانم.

۲- هیپوگونادوترفیک هیپوگونادیزم در نزد مردها.

۳- Cryptorachism.

۴- در امینوره ابتدایی یا ثانوی ایکه از سبب عدم کفایه و یا خرابی فعالیت غده نخامه نزد خانم عرض اندام کرده باشد.

۵- تنبه و تحریک تخمگذاری نزد خانم که با کلومفین تعند نشان داده باشد.

۶- عقامتیکه منشأ آن عدم کفایه و خرابی فعالیت غده نخامیه باشد.

۷- مقدار دوا باید باساس سویه E_2 خون و یا اندازه رشد فولیکول دوگراف برویت **u/s** عیار گردد.

۸- در حالاتیکه هدف از ایجاد یا تولیدچندین تخمهء پخته شده دریک سیکل عادت در تخمدان باشد،مثلاً هنگامیکه IVF مطرح باشد.

۹- hCG همراه با FSH در تولید Ovulation در عقامت ها و همچنین در صورتیکه عدم کفایه وظیفوی جسم اصفر وهم در سقط های مقدم میتواند بصورت مشترک مورد استفاده قرار گیرد.

عوارض جانبی

۱- ایجاد سندروم هیپرستیمولشن در حدود ٪۳۰-۱۰ وقایع .

۲- حمل های چندگانه در ٪۱۰ وقایع ممکن است بمیان آید.

اشکال دوایی که از هر دو نوع FSH و LH در ترکیب خود دارند در بازار تجارت موجود است ولی قیمت تجارتی آن بلند است.

ادویه Anti F.S.H و Anti hCG بمقصد کاربرد برای جلوگیری از حامله دار شدن فعلاً تحت مناقشه است هنوز در بازار تجارت عرضه نشده است.

H- هیپوتلاموس

هیپوتلاموس عمدتاً هورمونهای ذیل را افراز میکند:

هورمون HCG از آن افراز گردیده و فعالیت موثر و مهم در کنترل سیر هورمونی های جنسی در عضویت خانم ها دارد.

اثرات hCG در تداوی امراض نسائی

۱- تاثیرات دوایی hCG در بحث فیزیولوژی عادت ماهوار بحث شده است.

۲-اثرات دوایی انالوگ ها صنعتی این گروپ عبارت اند از:

A. **انالـوگ هـای صنعتی G nRH :** مقدار ۵-۱۰ مایکروگرام بـه شـکل وریـدی هـر ۹۰-۱۲۰ دقـیـقـه و یـا Pulsatile GnRH بـه مقـدار ۱۰-۱۵ مایکروگرام بشکل زرقی تحت الجلدی و یا اینکه **200** مایکروگرام هر ۲ ساعت بعـد بـه شـکل زرقـی عضـلی بمقصـد تحریـک وتنبیـه H.P.O.Axis تجـویز میگردد، که در نتیجه نزد خـانم امینـوره ایکـه از اثـر خرابـی فعالیـت هیپوتلمـوس موجود بوده رفع گردیده و عادت ماهوار وی شروع میشود.

.B **GnRH**: بطریقه دورانی (Pulsatile) سبب تنبیـه Ovulation نـزد خانمیکه از این نوع عقامت رنج می برد شده میتواند.سبب انحطاط تولید هورمون غده نخامیه میگردد.

بصورت دوامدار در حالات ذیل تطبیق شده میتواند

۱- بمقصد تکمش فیبروم رحمی.

۲- در تداوی اندومتیریوزیز.

۳- در تداوی هرسوتزم.

۴- در بلوغ های قبل از وقت.

۵- به مقصد آماد گی خانم برای IVF .

۶- در کانسرهای پروستات نزد مردها.

۷- قبل از اجرای TCRE بهدف تکمش اندومتر.

عوارض جانبی

۱- هیپرستیمولشن و آزاد شدن چندین تخمه دریک سـیکل عـادت نـزد خانم (٪۱۵-۱).

۲- حمل های چندگانه در٪۱ وقایع.

۳- فیصدی سقط تزاید می یابد.

۴- بیدار خوابی، دلبدی و سرچرخی از عوارض آن ها میباشد.

۵- اندازه ثدیه ها کوچک تر میشوند.

۶- دردهای عضلی بعضاً عاید شده که آزار دهنده میباشد.

۷- اشتهای جنسی تناقص می یابد.

۸- سویه HDL پائین آمده و زمینهء حملات قلبی مساعد میگردد.

۹- در صورتیکه تداوی بیشتر از ۶ ماه ادامه یابد تاسس اوستیوپوروز و برجسته شدن اعراض دوره مینوپوز از عوارض آن است.

Bromocryptine -I

بروموکرپتین یک دوای صنعی از مشتقات ergote بوده و تاثیرات قوی ضد Dopamine دارد. از سبب اینکه تولید پرولاکتین را معروض به انحطاط میسازد لذا باعث تولید عادت ماهوار نزد خانم میگردد ، که در نتیجه سبب تنبیه تخمگذاری نزد خانم شده وتیرهء حامله دار شدن آنرا آماده میسازد.

بروموکرپتین به شکل تابلت بنام های Parlodel، Proctinal، cabergoline و Pergolide serocrip در بازار تجارت موجود است که باید مورد توجه قرار گیرد.

اثرات تراپوتیک بروموکریتین

بروموکریتین دارای اثرات تداوی قرار ذیل میباشد.

۱- به دوزهای ۲،۵ الی ۵ ملی گرام سبب انحطاط شیردهی میشود.

۲-دردهای شدیدیکه در نزدیک عادت ماهوار نزد خانم ها ایجاد میشود رفع میکند.

۳- در واقعاتیکه هیپرپرولکتینیمیا مطرح باشد استعمال و مئوثریت خوبی در کنترول آن دارد.

۴- اگردرغدوات هیپوفیز ادینوم های کوچک مطرح باشد ، میتوان با تجویزبروموکرپتین آنرابرطرف ساخت.

۵- سبب تکمش Macroadenoma غده نخامیه قبل از اقدام به عملیات جراحی گردیده و فیصدی اختلاط عملیات را بدینوسیله پائین میآورد. در هیپریرولکتینیمیائیکه باعث عقامت خانم شده در بیشتر از ۹۰٪ وقایع موثر بوده و در ۷۰٪ وقایع حامله دار شدن خانم را سازماندهی میکند. بروموکریتین تاثیرات تراتوجنیک نداشته ولی اگر در جریان تداوی با آن ، خانم حامله میگردد جریان تداوی بهتر است توقف داده شود.

در جریان حاملگی معاینات سیستماتیک قعرعین نزد خانم مکرراً انجام شود تا از فشار تومور بالای عصب Optic بی خبر نمانده باشیم. بروموکریتین میتواند در صورتیکه در جریان حاملگی تومور غده نخامیه بزرگ شده برود برای مریضه توصیه گردد.

مقدار دوا

ابتدا بمقدار **1-**2mg شروع شده و بتدریج مقدار آن بلند برده میشود ، تاوقتیکه به سطح دلخواه و موثر برسد. از مرکب Cabergoline در صورتیکه خانم بروموکرپتین را تحمل کرده نتواند میتوان استفاده نمود. (به مقدار ۰،۲۵ الی ۱ ملی گرام هفته دو مراتبه)

Parlodel

یک دوای زرقی است که ماهانه به مقدار **50-**100mg قابل استفاده است.

عوارض جانبی

- دلبدی و استفراغات که میتواند خفیف و یا حتی شدید باشد.
- تفریط فشار خون که باید کنترول شود.
- سرچرخی که از اثر تغییر وضعیتی تفریط فشار خون (Postural hypotention) میتواند عرض اندام کند.

Sex & Inter Sex (۱)

جنسیت و دو جنسیتی

تعریف

Intersex یک حالت بین البینی بین دو جنسیت مرد وزن مکمل میباشد، که از نظر سریری و شکل ظاهری تعیین جنسیت اینکه فرد مورد نظر به جنس زن تعلق دارد یا مرد مشکل است که در لسان مردم عادی برای وی مخننث می گویند.

Emberyology

از نظر زیست شناسی تعین جنسیت تا سن ۶ هفتگی رشیمی مشکل است زیرا ساختمان گونادها غیر متمایز (undiferentiated)میباشد.تنها کروموزوم جنسی(Sex chromosome) در تعیین اینکه این گونادهای غیر متمایز به طرف دختر شدن و یا بچه شدن می رود مسئولیت دارد.

کروموزوم **Y** سبب رشد و انکشاف خصیه ها شده در حالیکه عدم موجودیت آن زمینئه تشکل تخمدان ها را مساعد میسازد. حجرات سرتولی ابتدا

شروع به رشد نموده و بعداً قنات های Seminiferous این پروسه را تعقیب می نمایند و حجرات Ledique هورمون تستوسترون را افراز میکنند و خصیه ها علاوتاً افراز و تولید MIF)Mullerian Inhibitor Factor) راسازماندهی نموده که در نتیجه از رشد و انکشاف قنات مولر جلوگیری بعمل میآید. از این سبب است که تستوسترون در رشد و انکشاف قنات Wollfe که مسوول تولید و رشد اورگانهای تناسلی مردانه و اعضای تناسلی خارجی آن هست ، مسولیت درجه اول و عمده را عهده دار میباشد.

تصنیف Inter sex

این تصنیف باساس کامپوننت های مختلف که مسئول رشد و انکشاف دستگاه تناسلی جنسی میباشندصورت گرفته است، زیرا این مؤلفه ها و یا عناصر مسئول رشد نارمل اورگانهای جنسی اند، درصورتیکه معروض به پرابلم گردند زمینهء انومالی های مختلف را با وسعت های متفاوت مساعد میسازند که این انومالی هاعبارتنداز:

۱- تغییرات کروموزومی: مانند ،Turner syndorm ، testicular Femininsing syndrome ، superfemale و سندورم Kline felter's را میتوان نام برد.

۲- Gonadal: نقیصه درتولید هورمون تستوسترون (عدم موجود HIF) و موجودیت مقدار بلند اندروجن ها نزد خانم ها در ینحالت بملاحظه رسیده میتواند.

۳- Environmental (عوامل طبیعی): خانم ویا مردیکه میخواهد در دوران کهولت جنسیت خود را با اجرای عملیات بالای اورگانهای تناسلی جنسی به جنسیت مخالف تبدیل نماید.

۴- عادات روحی روانی: به شکل Transsexuality و Transvestisme نزد مردها و یا خانم ها به ملاحظه رسیده میتواند.

<u>از نظر نسائی Chromosomal inter sex چه نوع آفتی است.</u>

کروموزوم جنسی با گرفتن سمیر از مخاط دهن و یا مطالعه نیوتروفیل های خون قابل شناخت و بررسی است ، در نزد خانمیکه نارمل باشد یکی از کروموزوم های **x** در مرکز در حذای هستهء حجره و کروموزم **x** دیگر به شکل محیطی مانند یک نودول که رنگ تاریک دارد و بنام barr body یاد میشود موقعیت دارد. از این سبب است که خانم ها بنام **+** Chromatine و مردها بنام Chromatin منفی شناخته شده اند.

در مردیکه ساختمان کروموزوم xxy دارد (kline filter's Sgndrome) ممکن است یکدانه barr body دریافت شده و در نتیجه تعبیر غلط جنسیت زن بودن بالایش گذاشته شود.

در سندروم Turner که ساختمان کروموزوم **xo** مطرح است barr body دریافت شده نمیتواند.

در نزد خانم ها نیوتروفیل ها یک منظره drumstick- like پیوسته به هسته یی را نشان میدهند که میتوان آنرا در نمونه های کروموزوم یک طفل داخل رحمی با گرفتن بیوپسی از ذغابات کوریونی در تریمستر اول حاملگی و یا

مطالعه امنیوسنتز مایع امنیوتیک که در تریمستر دوم داخل رحمی از نزد خانم گرفته میشودبدست آورده ومشاهده نمود.

• **Kline filter syndrome**: سندورم کلاین فلتر در $\frac{1}{500}$ واقعه نزد مردها دیده شده میتواند. از نظر فزیکی ظاهر مردانه دارند. قضیب و خصیتان کوچک اند ثدیه ها بزرگ اند و آواز مرد باریک و زنانه است و تون بلند دارد ومعمولاً این مردها عقیم هستند ساختمان کروموزمی جنسی شان xxy است. با اجرای بیوپسی از خصیتان استحاله توبول های seminoferous بملاحظه رسیده و حجرات لیدیک تعدادآ زیاد میباشد. اکثراً تاخر عقلی دارند. این فرد مرد شمرده شد ه و هورمون تستوسترون برایش تجویز گردد. (**11**)

• **Superfemale**: خانمی که دارای ساختمان کروموزمی xxx از نظر جنسی باشد وضع ظاهری زن را دارد. لاکن از امینوره ویا عادت ماهوار غیر منظم و عقامت رنج می برد. خانم شاید از نظر عقلی غیر طبیعی بوده و این وضعیت خانم غیر قابل اصلاح است.

• **Turner syndrome**: ساختمان کروموزومی جنسی این افراد xo است. عدم موجودیت کروموزوم **y** نزد این افراد منجر به انکشاف و رشد ساختمانی زنانه میشود. بعباره دیگر فینوتیپ زنانه دارند. تخمدان ها کوچک و خطی بوده و یا مقدار بسیار کم Primordial Fullicul داشته و یا اینکه اصلاً ندارند. سویه استروجن نزد آنها شدیداً تنقیص یافته است. دختر خانم دارای قد کوتاه عنق باریک و غیر متناسب به جسم وپاها بوده واز ناحیه مفصل Cubitus کج و منحرف میباشد. التواآت epicanthil شدیداً متبارز اند. انومالی های

ولادی انگشتان وکوارکتشن ابهر شاید موجود باشد یا مهبل و رحـم ندارنـد و یـا بشکل Rhodementary موجود است. خصوصیات تالی تناسلی نـزدش انکشـاف ننموده است. امینوره ابتدایی نزدش دیده میشود.

در یک تعداد کمی از وقایع که همراه موزائیزم یکجا باشـد ممکـن اسـت حاملگی یا بنفسه ویا باکمک ، نزد خانم دیده شود. در بیشترین وقایع نزد مریضـه جهت اجرای مناسبات جنسی لازم است که Vaginoplasty انجـام شـود توصـیه هورمون ستروجن بمقصد جلوگیری از اوستیوپوروز همـراه بـا تجـویز سـیکلیک پروجسترون توصیه میگردد. (**11**)

- **Hermaphroditism**: این عارضه به اشکال مختلف و درجـه هـای مختلف ممکن است به ملاحظه رسد که عبارتنداز

۱- هرمافرویتزم واقعی.

۲- هرمافرودیت نزد مردها.

۳- پسودوهرمافرودیت نزد خانم ها.

Male Hermaphroditism -I

این عارضه به یکی از کمبودهای ذیل دلالت میکند.

۱- کروموزوم **y** موجود است ولی غیر طبیعی میباشد.

۲- عدم موجودیت (Mullarien Inhibitor Factor) (MIF)**.**

۳- کمبود و یا عدم موجودیت تستوسترون.

۴- در سندرم Testicular femenising**.**

- **Abnormality of chromosom**: باساس مطالعات دریافتی امروزه ثابت شده است که ناحیه تعیین کننده جنسیت در بازوی کوتاه کروموزوم **y** قرار

دارد، از عدم موجودیت یا حذف این بازوی کوتاه کروموزوم **y** سبب میشود تا گونادهای جنسی مونث (تخمدان ها) رشد و انکشاف نمایند وطفل ظاهر زن مانند را برای خود حفظ کند.

• **Abscent MIF**: عدم موجودیت MIF زمینه را برای انکشاف قنات مولر مساعد ساخته و در نهایت سیستم تناسلی زنانه شکل می گیرد. اگر چه عدم موجودیت تخمدان ها سبب میشود که اعضای تناسلی تالی جنسی نزدخانم در مرحله بلوغت انکشاف نکند. ولی عمدتاً ساختمان زنانه دارد. و خصیه ها در قنات مغبنی جابجا شده اند.

در دوران جوانی ثدیه ها رشد نارمل داشته ولی مویهای ناحیه ابطی و ناحیه Supra pubic خیلی باریک، نرم و کم میباشند، قضیب خیلی ها کوچک و کم رشد است، مهبل خیلی ها کم عمق و سطحی نزدش دیده میشود لاکن رحم ندارد. قد خانم در حدود نارمل است و کروموزوم جنسی آن **x y** میباشد.

تداوی عملیات vaginoplasty نزد خانم ها به مقصد اجرای intercourse توصیه میگردد. خصیه ها از محل ectopic خود باید کشیده شده و برداشته شوند زیرا خطر تحول به عارضه سرطانی در بیشتر از ۳۰٪ وقایع دارند. برای این مریضان مقدار کافی ستروجن به مقصد رشد و انکشاف اعضای تالی تناسلی جنسی باید تجویز گردد.

Female hermaphroditism -II (۱۱)

نزد این مریضان حالات ذیل به مشاهده می رسد.

۱- سندروم ادرینوجنیتال ولادی یا کسبی.

۲- اگر در جنس مذکر در جریان حیات داخل رحمی تومورهای تخمدان رشد و انکشاف میکند.

۳- توصیه هورمون های اندروجنیک در خانم حامله در دوران بار داری به مقدار زیاد و مدت دوام دار.

اگر برای خانم حامله ایکه طفل دختر در بطن خود دارد از هورمون های پروجسترون همراه اندروجنیک ها مثلاً Nortisteron به مقصد تداوی از تهدید سقط تطبیق شود، کلیتوریس آن معروض به هیپرتروفی گردیده و التوای شفه های صغیره وکبیره از بین می روند ، لذا طفل وقت ولادت شباهت به فینوتیپ مردان دارد. مطالعه کروموزومی جنسیت را مشخص ساخته میتواند اگر نزد خانم حامله تومورهای تخمدان طفل آن هورمون های اندروجنیک را افراز کند مثلاً تومور Arrhenoblastoma، فینوتیپ مردانه آن زیر تاثیر این هورمون تغییر به فینوتیپ زنانه می نماید.

سندروم ولادی Adrenogenital یک مثال برجسته دیگری است که اگر پسودو هرمافرودیتزم در نزد دختر خانم انکشاف میکند این سندروم از اثر هیپرپلازی قشر محفظه فوق الکلیه عرض اندام می کند. نقیصه ابتدایی در عدم کفایه انزایم **21** hydrolase، که **17** hydroxy progesterone را به hydrocortisone تبدیل می کند میباشد. زیرا **17** hydroxy progesterone تاثیرات اندروجنیک داشته ومسوول ساختمان فینوتیپ مردانه است. نزد خانم مهبل کوچک است ودر داخل Urogenital دیده میشود. سویه **17** ketosteroid از حد نارمل بلندتر می رود (بیشتر از 8mg/ml میرسد.) با **u/s** غدوات ادرینال صریحاً بزرگتر دریافت میشوند.

تداوی آن توصیه هیـدروکورتیزون بـه مقـدار 15mg فـی کیلـوگرام وزن بدن روزانه با دوزهای مختلف میباشد. در وقایعیکـه مقـدار نمـک عضـویت کـم بوده ویا ضیاع نمک مطرح باشد ، از محلولات نمکی بشکل وریـدی همـراه بـا Fludrocortison به مقـدار **50**-100mg/D جهـت جلـوگیری از هیپوناتریمیـا و هیپرکلیمیا (hyperkalaemia) تجویز گردد موثریت خوبی دارد.

هیپرتروفی کلیتوریس با اجرای عملیات کلیتوروپلاستی (قسمت اضـافی آن قطع و برداشته شده صرف قسمت glans آن حفظ می گردد) اصلاح گردد. و ایـن عملیـات در دوران طفولیـت تاسـن پـنج سـالگی بهتـر اسـت انجـام شـود. انـــومالی هـای vulva وشفتـــان بایـد ذریعـه عــمل جراحـی تـا قبـل از دوران بـلـــوغـــت اصلاح شوند.

- **Masculinising ovarian tumor**: نـــزد خـــانم defeminisation ازاتروفی ثدیه ها شروع شده بعداً امینوره، هرسوتزم ،غور شدن آواز و هیپرتروفی کلیتوریس عرض وجود میکند. سویه هورمونی تستوسترون بـه بیشتر از 6nmol/lit بلند می رود. با اجرای **u/s** و لاپاراسکوپی موجودیت تومور تثبیت می شود. با برداشتن تومور اتروفی ثدتیان و برقراری عادت ماهوار اصـلاح گردیده ولی غور شدن آواز و بزرگ شدن کلیتوریس غیر قابل برگشت است.

- **Virilism**

رشد اورگانهای تناسلی تالی جنسـی مردانـه نـزد خـانم هـا بنـام ویریلـزم یـاد میشود. دراین عارضه ساختمان کروموزومی ، گونادها و طـرق تناسـلی ماننـد خانم میباشد. لاکن اورگانهای تناسلی جنسی خارجی مشابه به مرد می باشـد.

در عارضه ویریلزم در دوران بلوغت نزد خانم کلیتوریس بزرگ، غور شـدن آواز واتروفی ثدیتان به ملاحظه می رسد.

- **Hirsutism**

عبارت از توزیع موی ها در عضویت خانم مشابه بـه مردهـا بـوده (در وجـه، لب بالا، زنخ ، اطراف سفلی و کشاله ران ها) این عارضه معمولاً با اولیگـوره وامینوره مترافق است.

اسباب هرسوتزم

از نظر سببی حالات ذیل مطرح است.

۱- غدوات ادرينال: آفات مانند هیپرپلازی غده ادرينال، تومورهـای غده ادرينال ، سندروم کوشنگ که سبب فرط افراز هورمون ادرينال می گردند.

۲- PCOD تخمدانها وديگر تورموهـای تخمـدانی ایکـه هورمـون مردانه تولید میکنند .

۳- (masculinising. O.T) مانند ارینوبلاستوما، هیپرتیکوزیز تخمدان یا فولیکول دوگراف ، Hilar cells tumore وغیره از اثر تولید هورمون های مردانه سبب عارضه شده میتوانند.

۴- ادويه مانند انـدروجن هـا (Danazol) و يـا پروجسـتوجن هـا همـراه اندورجن ها اگر دوامدار تطبیق گردند میتوانند این آفت را سبب شوند.

۵- چاقی و هیپوتایروئید یزم هم به حیث علت عارضه شناخته شده اند.

۶- بدون علت: در حدود ۱۵٪ خانم ها بدون علـت عارضـه هرسـوتزم را نشان میدهند.

(POCD) Polycystic Ovarian Disease

هر دو تخمدان بـزرگ گردیـده و توسـط Tunica albugenia ضـخیم ، ستر گردیده اند. در سطح تخمدان ها کیست های کوچک و متعـدد وجـود دارد پروسـه تبـیض معـروض بـه انحطـاط مـیــگردد. سـویـــهء LH حتـی هـنـــگام نـزدیک به تـبـیـض بـلـنـد می باشد (حتـی بیشتر از nomol/lit ۲.۵) و هـم چنان فرط افراز اندروستندایون و DHEA نیز میتوانند این عارضه را بار آورنـد. بـا u/s منظره گردنبند از اثر Cyst های کوچک سطحی در بالای جدار تخمدان بـه ملاحظه می رسد. خانم معمولاً چاق بوده و از امینوره، اولیگـو مینـوره و عقامـت شاکی است ،هرسوتزم یـا روئیـدن موهـای زائـددر سـطح جلـد در عضـویت بـه ملاحظه رسیده با اجرای لاپرسکوپی نه تنها تشخیص تائید می شود بلکه میتـوانیم کیســت های کوچـک مـتـعـددراسـوراخ نـموده(drilling) تـداوی PCOD را سازماندهی نمائیم.

تـــداوی

۱. از تابلت های ضد حاملگی (Combined) بصـورت سـیکلیک بـه مدت ۶تا ۹ ماه همراه یکی از اندروجن های ذیل تجویز گردد.
۲. Cyproterone acetate بـه مقـدار **50**-100mg/D بـه مـدت ۱۰ روز از شـروع عـادت مـاهوار داده شـود. ایـن دوا آخـذه هـای dihydrotesteron را در انســاج محیطــی نهــی میکنــد. دوز تـعـقـیـبـیـهء آن به مقدار **5**-10mg/ به مدت ۶-۴ ماه میباشد.

۳. تجویز spirinolacton به مقدار **100-**200mg/D بـه مـدت ۶-۹ ماه سبب بلاک ریسپتورهای اندروجنیک گردیده و تاثیرات آنهـا را کم ساخته می رود ، تزایدادرار و هیپوکلیمیا از عوارض جـانبی آن بوده که باید مد نظر باشد دوز تعقیبه آن 50mg/D میباشد.

۴. Flutamide به مقدار 250mg روزانـه دو دفعـه بـه مـدت ۳ هفتـه بشکل سیکلیک در هر ماه تجویز گردد مـدت دوام تـداوی ۶ مـاه اسـت. ایـن دوا سـبب بـلاک آخـذه هـای انـدروجنیک محیطـی میگردد. اولیگو مینوره، خشک شـدن جلـد و تخریبـات کبـدی از عوراض جانبی آن میباشد.

۵. Finasteride به مقدار 5mg/D برای مدت ۶ مـاه ایـن دوانسـبت Flutamide بسیار مصئون تر میباشد.

۶. Metformine به مقدار 500mg روزانه سه مرتبه بـرای مـدت سـه ماه سبب اصلاح عقامت نزد خانم هایی که Insuline resistance هستند میگردد. وسویه انسولین بلند میرود.

۷. توصیه برای باختن وزن شود

۸. در هرسوتزمیکه منشاء ادرینال داشته باشـد دیگسـامیتازون بمقـدار ۰،۲۵ الی ۰،۵۰ ملی گرام فی روز میتواند موثر ثابت شود.

۹. استفاده از وسایل دیگریکه به مقصد cosmetic بکار برده میشوند مانند وسایل برقی، laser و ablation صرف موی های روی جلـد وجه را می تواند از بین ببرد ولی در تـداوی اصـل آفـت موثریـت ندارد.

GEANETAL TB
توبرکلوز و دستگاه تناسلی

توبرکلوز تا هنوز هم یکی از امراض انتانی در ممالک روبه انکشاف است که سالانه ده ها هزار قربانی میگیرد. توبر کلوز جهاز تناسلی داخلی هنوز هم شیوع جهانی بویژه در ممالک انکشاف نیافته و رو بانکشاف دارد. اکثر مریضان مصاب به افت از خود اعراض و علائم مشخص ندارند در نهایت متاسفانه عقامت از اختلاطات مهم آفت است(بندش نفیرها و تخریب اندومتر و غیره) در یک تعداد کم وقایع هم ممکن آفت TB بصورت مکمل با اعراض و علایم لازمه نزد خانم عرض اندام کند. متاسفانه درسطح جهان مدرن امروز شیوع روبرشد TB ازاثرابتلا به آفت HIV که منجر به پایین آمدن قدرت معافیتی آنها میگردد دیده میشود.

منبع ، طرق انتشار وسیر TB در جهاز تناسلی زنانه

TB جهاز تناسلی ابتدایی که منشأ انتشار و تولید آفت اعضای تناسلی خانم باشد بسیار نادر است (کمتر از ٪۱) و آن در صورتیکه مهبل با بلغم مکروبی TB منتن گردیده ویا اینکه عامل TB در اثر مناسبات جنسی انتقال یافته و سبب تخریش و تولید تخریبات در عنق رحم شده باشد. تقریباً اکثریت مطلق

وقایع به شکل ثانوی بوده که در حدود بیشتر از ٪۵۰ از شش ها، ٪۴۰ از عقدات لمفاوی و از عظام ، کلیه ها و مفاصل ، هر کدام ٪۵ فیصد وقایع (مجموعاً ٪۱۵) بحیث منبع آفت ابتدائی عمل میکند. و علاوتاً TB بطن نیز میتواند در جهاز تناسلی بصورت ثانوی عامل انتشار آفت شود. معمولاً فاصله بین شروع انتشار تا ظهور افت به اعضای جنسی خیلی طولانی بوده و یک زمانی بین ۸-۵ سال را راپور داده اند. در نزدیکی های دوران بلوغت (Menarch) اگر آفت ابتدائی TB نزد دختر خانم ایجاد شده باشد احتمال بلند شروع TB جهاز تناسلی نزد خانم متصور است.

انتان TB از طریق دورانی به جهاز تناسلی انتشار یافته و در صورتیکه TB بطن مطرح بحث باشد مستقیمااز طریق لمف هم انتشار آن متصور است.

بدون مناقشه اولین محل توضع آفت در نفیرهای رحمی است. در صورتی که آفت از طریق خون انتشار کرده باشد هر دوتیوب ممکن است در عین زمان به آفت مبتلا گردند. ولی در انتشار بطنی معمولاً یکی از نفیرها به آفت اشتراک می کند. از تیوب های نفیری انتان TB به طرق سفلی یعنی با متداد حرکت اهداب نفیری به طرف رحم در داخل اندومتر راه پیدا میکند که در نتیجه در حدود ٪۷۰ وقایع اندومتریال توکلوز بوجود آمده و در حدود ٪۲-۱ به طرق تناسلی سفلی هم یعنی مهبل و غیره انتشار یافته میتواند.

اگر انتان از طریق خون انتقال شده باشد در بیشتر از ٪۹۰ وقایع از نوع میکوبکتریوم توبرکلوز انسانی است و در٪۱۰ وقایع باقیمانده از نوع حیوانی میباشد.

تغیرات پتولوژیک توبرکلوز در دستگاه ها تناسلی خانم

موجودیت انتان TB در جهاز تناسلی تاثیرات نـاگوار خـود را بـالای تمـام اعضای تناسلی جنسی نظر بدرجهء پیشرفت ،شدت ، مدت آفـت TB و مقاومـت مریضه فرق میکند ولی رویهمرفته تغییر ات ذیل را در نهایت بالای جهاز تناسـلی از نظر پتوجنیریز وارد میکند.

۱- **درحوصله:** دراورگان هـا ی داخـل حوصـله التصـاقات و بنـدش نفیرهـا بشکل خارجی وداخلـی را سـازماندهی میکنـد کـه التصـاقات تخمـدان هـا ، کتلات تخمدانی نفیری Tubo- Ovarieu mass (TOM) را میسازد .

۲- **نفیرها**: hydrosalpnix ، pyosalpinx التهاب نهایـات نفیـری رحمـی ، التهــاب داخلــی نفیرهــا (endosalpingitis) و تومــوری هــای تخمــدانی نفیری(TOM) را باعث میشود.

۳- **در رحم**: پیومترا، سندروم اشرمن، اندومتریت توبرکولر و غیره.

۴- **در طرق تناسلی سفلی**: قرحات عنق رحم، رشد آفت در عنق رحـم بـه شکل گل کرم (با کارسینومای عنق مغالطه شده میتواند) قرحـات در مهبـل و دهلیز ، elephantiasis vulva vagina و غیره را به وجود میآورد.

۵ – **در جوف بطن**: cyst های جداگانـه کـه حـاوی مقـدار مـایع هسـتند وبشکل تثبیت شده والتصاقی میباشند، التصـاق مسـاریقه و مقـدار مـایع مکـدر در جوف بطن به ملاحظه می رسد ،التصاقات پیشرفته سـبب پـیچ و تـاب خـوردگی نفیرها گردیده و در نهایت باعث انسداد نفیرهـا میشـود. تثبیـت رحـم وملحقـات باکتله TB حوصله بنام Frozen pelvis یاد شده که مداخلـه جراحـی را در ایـن

حالت مشکل وحتی ناممکن میسازد. در داخل بطن ممکن کتلات کوچک توبرکلوزیک که بنام Tubercles یاد میشوند دیده شود.

٦- **تخمدان ها:** در ۳۰٪ وقایع مبیض ها به آفت اشتراک نموده salpingo oophoritis رانزد مریضه مشاهده کرده میتوانیم.

درنفیرها در صورتیکه انتشار آفت از طریق دوران خون باشد ابتدا اندوسلپنجیت و به تعقیب آن به طرف بالا انتشار صورت میگیرد و باعث التصاق و چسپندگی داخل نفیری شده واین زمینه را برای تنگ شدن مجرای نفیرها و نهایتاً انسداد آنها مساعد میسازد. در مراحل پیشرفته تر تیوب ها طولانی پیچ و تاب خورده ومعوج گردیده و جدار آنها ضخیم می شود.

افرازات چرکین در داخل نهایت نفیری (fimberia) تجمع نموده وبآن یک منظره کیسهء برگ تنباکو را (Tubacco - pouch) میدهد و به تعقیب آن افرازات چرکین داخل جوف حوصله تخلیه میگردد. و بعدها این نهایت نفیری مسدود شده ، از اثر تجمع چرک در ناحیه فیمبریا pyosalpinx تاسس میکند ،اگر چه میتواند متحرک هم باشد ولی معمولا باالتصاقات بیرونی همراه است. انتشار آفت به نسج عضلی نفیرها سبب بندش های متعدد در طول نفیرها گردیده که به آن منظره مهره های تسبیح را میدهد. وعلاوتاً در طول تیوب کلسیفیکا سیون ها انجام شده که به آنها منظره لوله های سربی را (lead pipe) میدهد.

تشخیص هستوپتولوژیک TB نفیرها مشکل است چندین مقطع از نسج مورد نظر باید گرفته شود یک انومالی وصفی توبرکلوزیک حاوی Longhans Giant cell ، عکس العمل التهابات مزمن در حجرات و پنیر مانند

شدن نسج مبیضی رانشان میدهد. ولی با این وصـف هـم تشـخیص قـاطع مشـکل است زیرا در مرض سارکوئیدوزیز، مرض کورون، سفلیس وانتانات فنگسـی نیـز عین خصوصیات دریافت شده میتواند.

ابتلاء انـدومتر بـه افـت TB ، باعـث انـدومتریت توبرکلوزیـک شـده و در نهایت زمینه التصـاق انـدومتر را سـازماندهی میکنـد ومـرض اشـرمن سـندروم را بوجود میآورد و از سبب پیومترنزد خانم های مسن ویا قبـل از سـن مینوپـوز عنـق رحم مسدود میگردد.

در عنق رحم قرحات به شکل گل کرم دیـده شـده کـه شـباهت بـه منظـره آفات کانسروز عنق دارد.

در مهبل و دهلیز قرحات دردناکی که حدود مشخص ندارد به ملاحظه می رسد وایلیفانتیاز دهلیز مهبلی filariasis را تمثیل می کند.

لـوحهٔ کـــلیـنیکیTB

اعراض و علائم کلینیکی نظر به شـدت آفـت ، مقاومـت مریضـه و مـدت دوام آن متفاوت میباشد ، اما رویهمرفته موجودیت افت TB نزد مریضـه حـالات ذیل را رونما میسازد

۱- عقامت.

۲- مشکلات عادت ماهوار.

۳- دردهای حوصلی.

۴- ایجاد کتله بطنی.

۵- مجامعت دردناک.

دربسیاری از خانم ها سابقه آفت TB مشاهده نشده ولی در یک تعداد وقایع سابقه ابتلا به انتان TB را در دیگر اورگانها حکایه نموده که دارای اعراض و علائم مشخص به همان عضو و در نهایت به کل بدن بوده است.

عقامت: در ٪۱۵-۱۰ وقایع بدون اعراض و علائم بوده و با معاینه اعضای تناسلی حوصلی نارمل دریافت میشوند ولی خانم از عقامت رنج می برد. با اجرای H.S.G ومطالعه بیوپسی نسج اندومتر نتیجه مشخص میگردد و در یک تعداد وقایع کلچر و (P.C.R)Polymerase chin reaction برای تشخیص قاطع ضرور است که انجام شود. وضع عمومی خانم رضایت بخش و نارمل است مگر اینکه TB جوف حوصله مطرح باشد ، که وضعیت عمومی مریضه را متاثر بسازد.

تشوشات عادت ماهوار: در مراحل مقدم آفت مینوراحی نزد مریضه در بیشتر از ٪۴۰ وقایع دیده میشود ولی با پیشرفت افت و تاسس اشرمن سندرم ، اولیگوری و امینوره ثانوی نزد خانم ایجاد میشود . در حدود ٪۲ خانم هاییکه در دوره مینوپوز به TB مصاب شده اند خونریزی داشته و در حدود ٪۴ در مراحل اول بلوغ و دخترهای جوان مصاب به TB خونریزی مهبلی نزد شان دیده شده میتواند.

درد بطنی: درد بطنی ایکه **در**TB نزد مریضه به ملاحظه می رسد بشکل یک درد مزمن و مبهم بطنی بوده که از اثر التصاقات احشای حوصلی بطنی و یا **cyst** های محصور شده بوجود میآید. درصورتیکه درد بشکل حاد تظاهر کند مداخله انتانات ثانوی همراه با آفت TB را وانمود میسازد. استفراغات، تب و لرزه ممکن است نزد خانم موجود باشد. هنگامیکه نزد خانم PID راجعه (تکرر انتان) و یا کتله یک طرفه بطنی به ملاحظه رسد ، باید به Tubercular salpingitis

مشکوک شد و برای رسیدن به تشخیص دقیق معاینات لازم را انجام داد. هنگامیکه آفت پیشرفت کند سبب تثبیت شدن رحم به شکل Retroflex گردیده که نزد مریضه شاید کتله در هر دو سلپنکس و یا یکی از آنها دریافت شود درینحالت مریضه ازدردناک شدن مجامعت شکایت می نماید.

کتله حوصلی: کسیت های محصور شده (encysted) بشکل تومور های Fix شده با اصغاء tympanic بوده و توسط التصاقات معائی احاطه شده اند . خمیرمانند شدن بطن هم چنین یک بطن توبرکلوزیک را نشان میدهد. افرازات مهبلی در وقایع TB مهبل و عنق رحم، قرحات عنق رحم و پیومترا نزد خانم دیده شده میتواند.

قرحات غیر قابل شفا و فیستول های مهبلی مثانی، مهبلی رکتمی و غیره در صورتیکه با عملیات جراحی ابسه ها در يناژ گردند میتواند بوجود آید.

تشخیص تفریقی

چون تداوی آفت TB طولانی، وقت گیر و هزینه بردار است وضمناً در یک تعداد وقایع شباهت به آفات کانسروز دارد بناً در تشخیص افت دقت لازم باید بعمل آمده و از آفات مشابه تشخیص تفریقی شود که تداوی مناسب باساس آن شروع گردد. امراضیکه باید در تشخیص تفریقی مد نظر باشند عبارتنداز:

۱- PID: در PID هم نزد مریضه مینوراجی، درد بطن وعقامت که سه اصل عمده کلینیکی TB حوصلی میباشند وجود دارد تکرار PID نزد دختران باکره که مناسبات جنسی ندارند بیشتر آفات سپلنجیت توبرکلوزیک را تائید میکند. تست DCR و کلچر افرازات مهبلی طبیعت آفت انتانی را مشخص

میسازد. بعضی اوقات معاینه لاپراسکوپی برای دیدن مستقیم نوع آفت تولید شده ، تشخیص را معین ساخته میتواند.

۲- Ectopic pregnancy: امینوره کوتاه مدت، درد بطنی و موجودیت حساسیت در یک طرف ادنکس ها همراه باکتله برای حمل خارج رحمی انطباع خوب میدهدولیU/S و نهایتاً لاپراسکوپی تشخیص را قاطع و ثابت میسازد.

۳- کسیت توبرکلوزیک مبیضی: موجودیت یک کتله حساس، غیر متحرک در یک طرف و اکثراً در هر دو طرف ملحقات رحمی قطعاً دلالت به کسیت محصور شده توبرکلوزیک که با امینوره همراه است، مینماید.

۴- حاملگی: ندرتاً با تبرکلوز حوصلی که با برآمده گی و تورم رو بتزاید قسمت سفلی بطن همراه باشد میتواند با حمل اشتباه گرفته شود. تست های حاملگی منفی و خصوصاً U/S بخوبی میتواند مسئله حمل را رد و یا تایید کند.

۵- خونریزی های مهبلی و پیومترای بعد از مینوپوز: برای تداوی آنها بایدD+C و درنیاژ چرک افرازات جوف رحم انجام شود و نتیجه تشخیص قطعی میشود.

۶- خونریزی دوران بلوغت: که به تداوی هورمونی جواب ندهد باید ازاندومتر پارچه جهت هستوپتولوجی و معاینات متممه دیگر گرفته شود.

از تخریبات و تخریشات عنق رحم و مهبل جهت بررسی آفت TB باید پارچه گرفته شده و مورد مطالعه قرار داده شود.

معاینات و بررسی هاییکه به مقصد شناسایی افت TB جهاز تناسلی باید بکار برده شوند.

بااجرای معاینات دقیق ، لوحهء کلینیکی و تشخیص تفریقی از آفات دیگر در بیشترین وقایع TB جهاز تناسلی را میتوان رد و یا تایید نمود. لاکن قبل از اینکه تداوی با انتی توبرکلوزیک ها شروع شود باید تشخیص دقیق وقاطع باشد .

بررسی های ذیل باید انجام شود.

۱- (D+C) Dilatation & Curettage جهت تایید و یا رد آفت توبرکلوزیک برای اجراء هستوپتالوژی انجام شود.

۲- هستولوجی و PCR. (پولیمیر از چاین ریکشن) اجراء شود.

۳- کلچرو Ginea pig inoculation.

۴- (H.S.G) هستروسلپینگوگرافی.

۵- لاپراسکوپی.

۶- سونوگرافی.

۷- در معاینهٔ خون حجرات سفید، لمفوسیتوز موجود بوده و ESR بلند است .

۸- تست مانتو.

۹- X-Ray صدر، فقرات قطنی، معاینه و کشت بلغم وادرار ضرورت است تا برای تعیین محل ابتدائی آفت TB اجرا گردد.

۱۰- (P.P.A) Micobacteria purifed protein antigen در تست ELISA و تست SAFA (Solubal Antigen Florescent Antibody) انجام شود.

۱۱- (PCR)Polymerase Chain Reaction بـرای مطالعـه انسـاج اندومتر وحبن مریض از نظر TB وصفی و پرارزش است.

۱۲- اگرچه serum CA125 در آفت TB حوصلی تزایـد مـی یابـد ولی تنها برای TB وصفی نیست ، لذا ارزش تشخیصه بلندی ندارد.

- D+C: این عملیه نزدیک های عادت ماهوار باید عملی شـود و بسیار به احتیاط از حـذای قـرن هـای رحمـی نزدیـک بـه نفیرهـا پارچه اخذ شود یک توته از نسج گرفته شده در بین مایع Salin بـرای کلچـر ویـک توتـه دیگـر در بـین Formalin salin بـه هستوپتولوژی ارسال گردد. خیلی مهم است کـه نوعیـت باسـیل TB (انسانی یاگاوی) و حساسیت آن به مقابل انتی بیوتیک های ضد مرض مشخص ساخته شود. اسپیریشن مایع جوف رحم ویـا لواژ و جمع کردن مایع لواژ شده از جوف رحم نیز ممکن اسـت برای تعیین آفت اندومتر موثریت مفیدی داشته باشد.
- H.S.G: درصورتیکه به آفـت TB درجهـاز تناسـلی مشـکوک باشیم بهتر است که HSG را بـه تـاخیر انـدازیم و اجـرا ننمـاییم. اگر نزد خانم هاییکه اعراض و اضـح TB ندارنـد اجـرا گردیـده ممکن دریافت های ذیل ما را به تشخیص رهنمایی کند.

۱- جوف رحم از اثر التصاقات ممکن اسـت معـدوم شـده باشـد (اشـرمن سندورم) .

۲- بلاک های هر دو قرن نفیری رحمی در دوطرف همراه با بندش جریان لمفاتیک و اوعیه آنها .

۳- کلسیفیکاسیون در حوصله دیده میشود.

۴- یک ناحیهء سخت که منظره تیوب سربی را در نفیرها میدهد بمشاهده می رسد.

۵- Pyosalpinx انسداد تیوب ها قابل ملاحظه است.

- Laparascopy: موجودیت توبرکول ها در بالای تخمدانها و نودول های متعدد با اندازه های مختلف در جوف بطن که باید بیوپسی از آنها گرفته شود. از انساج خمیر مانند و همچنین از پیوسلپنکس مواد اسپیراسیون گردیده و برای مطالعه هستوپتولوژی ارسال گردد.
- Ultrasonography: صرف موجودیت کتلاک حوصلی بطنی را تایید کرده میتواند.
- از مهبل و عنق رحم: اگر تقرح موجود باشد بیوپسی اخذ گردد.

تداوی TB جهاز تناسلی

اگر خانم مشکل خاص دیگری نداشته باشد برای تداوی TB ضرورت به بستر شدن ندارد و بطور روتین بدون بستری شدن متیواند تداوی TB را ادامه دهد. مدت دوام تداوی و مقدار دوا قرار ذیل است:

۱- Rifampin به مقدار **450**-600mg همراه با 300mg INH و pyrazin amid بمقدار ۱-۲ گرام فی روز به مدت ۲ ماه اول و بعداز آن ریفامپین و INH هفته دو مرتبه به مدت ۶ ماه ادامه داده شود.

۲-رژیم تعویضی دیگر تـداوی بـا ریفـامپین و ایزونیازیـد بـه مـدت ۹ مـاه همراه با علاوه کردن Ethambutol **15-**25mg فی کیلوگرام وزن بدن در ظرف دو ماه اول تداوی.

۳-در وقایعیکه مرض بـه مقابـل دوا مقـاوم باشـد بـا دادن Prednisolon 4mg/D در حدود ٪۹۰-۸۰ وقایع اصلاح بعمل میآید.

۴-مریضه باید به مدت ۵ سال کاملاً زیر مراقبت باشد ، زیرا احتمـال عـود مرض درین مدت امکان دارد.

۵-ریفامپین تاثیر هیپاتوتوکسیک دارد و همچنـین میتوانـد سـبب پورپـورا وهماچوری گردد.

INH میتواند سبب التهاب اعصاب محیطی گردد (Ethambutol) میتوانـد سبب نیوریت عصب بینائی (Optic Neuroritis) و اندفاعات جلدی شود.

تداوی جراحی

ندرتاً به تداوی جراحی ضرورت احساس میشود باوجود آن هم در حالات ذیل از تداوی جراحی بهتر است استفاده به عمل آید.

۱- درصورتیکه اعراض و علائم در تداوی طبـی شـفایاب نشـده و ادامـه پیدا کند.

۲- درصورتیکه حجم تخریبات با تداوی طبی کوچک شده نرود.

۳- درصورتیکه پیومترایا با تداوی ادامه یافته واز بین نرود و یـا بـرخلاف حجماً تزاید یابد.

عمل جراحی وقتی انجام میشود که مریضه شدیداً و جداً زیر کنترول ادویه ضد مرض TB باشد.

تداوی عقامت نزد این نوع مریضـان نتیجـه مطلـوب نمیدهـد و در اجـرای عمل جراحی هم نسبت بندش های مکرر نفیری وخرابی اهداب نفیرها بـا وجـود اجرای Tuboplasty کمتر نتیجه داده و قابل اصلاح نمیباشد. و تنهـا در ٪۱۰ ایـن مریضان امکان حامله داری میرود که آن هـم در $\frac{1}{3}$ وقـایع امکـان سـقط و در $\frac{1}{3}$ وقایع دیگر امکان حمل خارج رحمی مطرح است.

IVF درصورتیکه جوف رحم ظرفیت لازم خود را از دست نداده باشد یـا بعباره دیگر اندومتر بحدی تخریب نشده باشـد کـه حجـرات Basal از بـین رفتـه باشند و التصافات هم در آن وجود نداشته باشد. متیواند نتیجه دهـد و حمـل دوام یابد.

عملیات جراحی نزد خانم های جوان برداشتن ملحقـات رحمـی مائوفـه و در نـــزد خـــانم هـــای مســـن کـــه بـــدوره مینـــوز قـــرار دارنـــد Bilateral salpilngo oophorectomy میباشد.

Breast Disease

امراض ثدیه

I -انکشاف و رشد ثدیه ها

۱- عمدتاً از غدوات cebaceuse که در جدار صدر قرار دارد تشکیل شده است.

۲- وزن متوسط آن در حدود **200-300** گرام در دوران باروری میباشد.

۳- از نظر ترکیبی از ٪۲۰ غدوات ، ٪۸۰ شحم و انساج منضم تشکیل شده است.

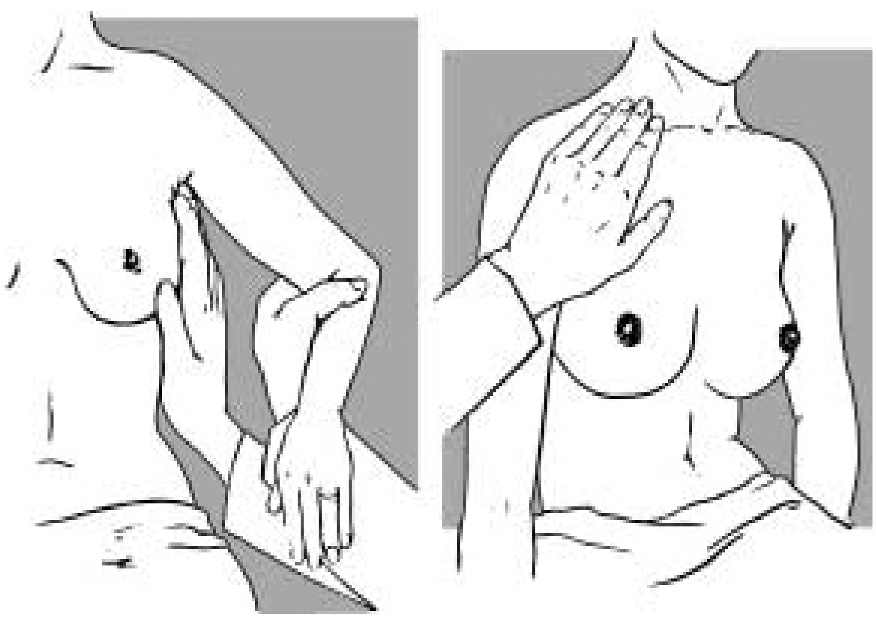
۴- نسج ثدیه به مقابل تحولات هورمونی سیکل عادت ماهوار قویاً عکس العمل نشان میدهد.چنانچه حساسیت وپری در ثدیه (درسندروم P.M.T) ودر صفحه لوتیال از اثر احتقان در اوعیه و احتباس مایع بملاحظه میرسد.

۵- در نزدیک دوران بلوغت اولین تغییر در ثدیه ها عبارت از تشکیل (Breast Bud)، بزرگ شدن Areula در مرحله بعدی و سپس بزرگ شدن حلیمه ثدیه ها میباشد و برخلاف اندروجن ها مانع رشد و حتی باعث اتروفی ثدیه ها میگردند.

۶- هورمون استروجن در مراحل مقدم برای رشد ثدیه ها ضروری و حتمی است امادر دوام پروسه به موجودیت پروجسترون ضرورت مبـرم احسـاس میشود. (۳)

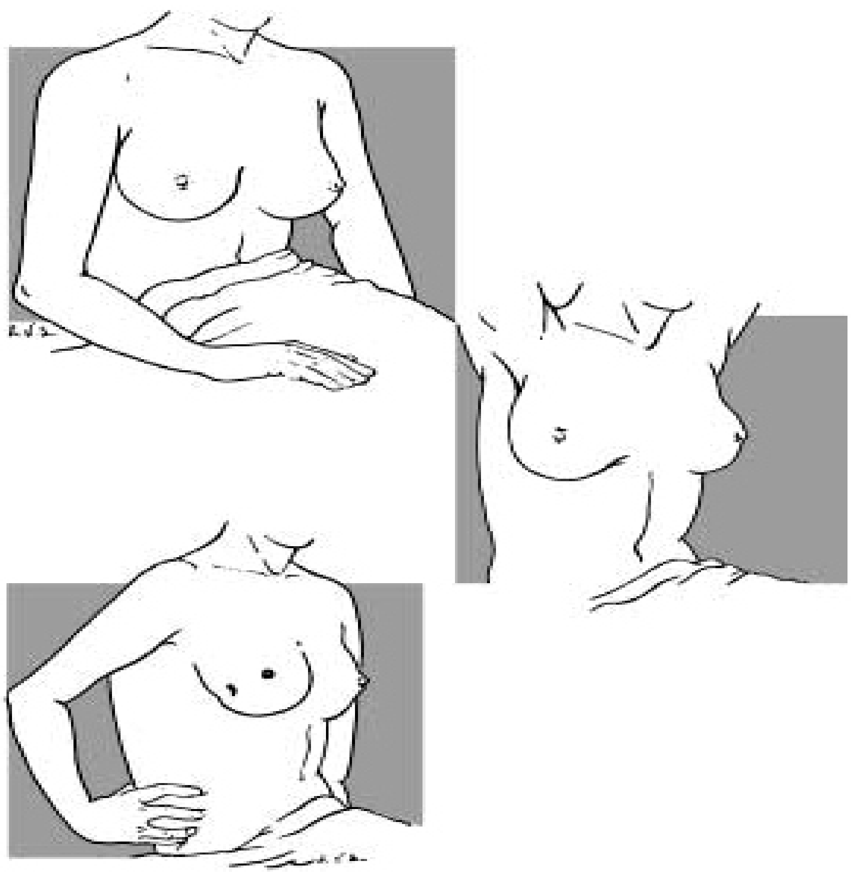
II-معاینه فزیکی ثدیه ها

معاینه فزیکی ثدیه ها در صورتیکه بکدام آفت پتولوژیک مشکوک شویم ، ضروری و لازمی شمرده میشود. لازم است که برای مریضه طریق اجرای معاینۀ فزیکی ثدیتان آموزش داده شود تا وقتا فوقتا خودش بتواند آنرا عملی سازد.



شکل (۳۶) (۲)

Palpation of axillary and supraclavicular regions for larged lymphnodes



شكل (٣٧)   (٢)

Inspection of breasts.

آفات سلیمۀ ثــدیتـان

A. تغیرات فیبروسیستیک

a) تعریف: عبارت از تزاید عکس العمل فیزیولوژیـک ثدیـه هـا بـه مقابل هورمون های مبیضی میباشد.

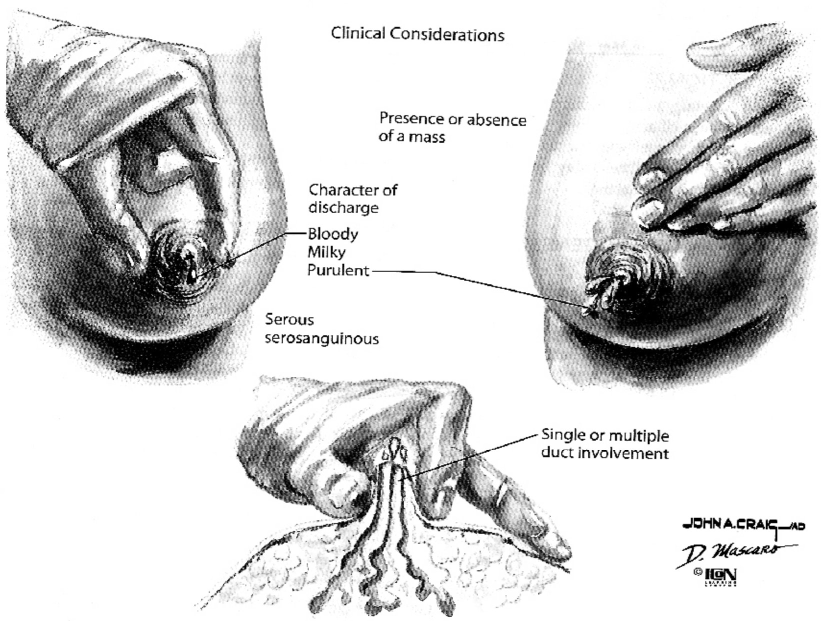
b) معمولترین آفات سلیمهء ثدیه ها است.

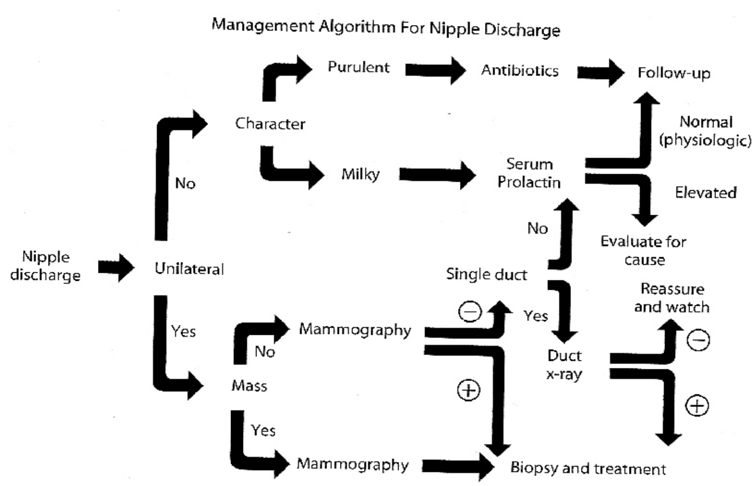
c) اعـراض وعلائـم: درد هـای سـیکلیک در هـر دو ثدیـه ، تزایـد احتقان و پری ثدیه ها ، تزاید نودول های ثدیه، تغیرات سریع در حجم **cyst** ثدیه که با جس تموج نشان میدهد و تزاید حساسیت ثدیه که بعضاً با افـرازات شـفاف از حلیمهء ثدیه همراه میباشد نزد خانم دیـده میشـود.(ایـن درصـورتی اسـت کـه کسیت به قنات ثدیه باز شده باشد).

d) معاینه فزیکی: حساسیت واضـح بـا حـدود مشـخص کـه سـاحۀ کیست را از نسج سخت ثدیه جدا می کند جس میشود و تشخیص قاطع با اجرای هستوپتولوژی نسج گرفته شده از cyst وضع میشود.

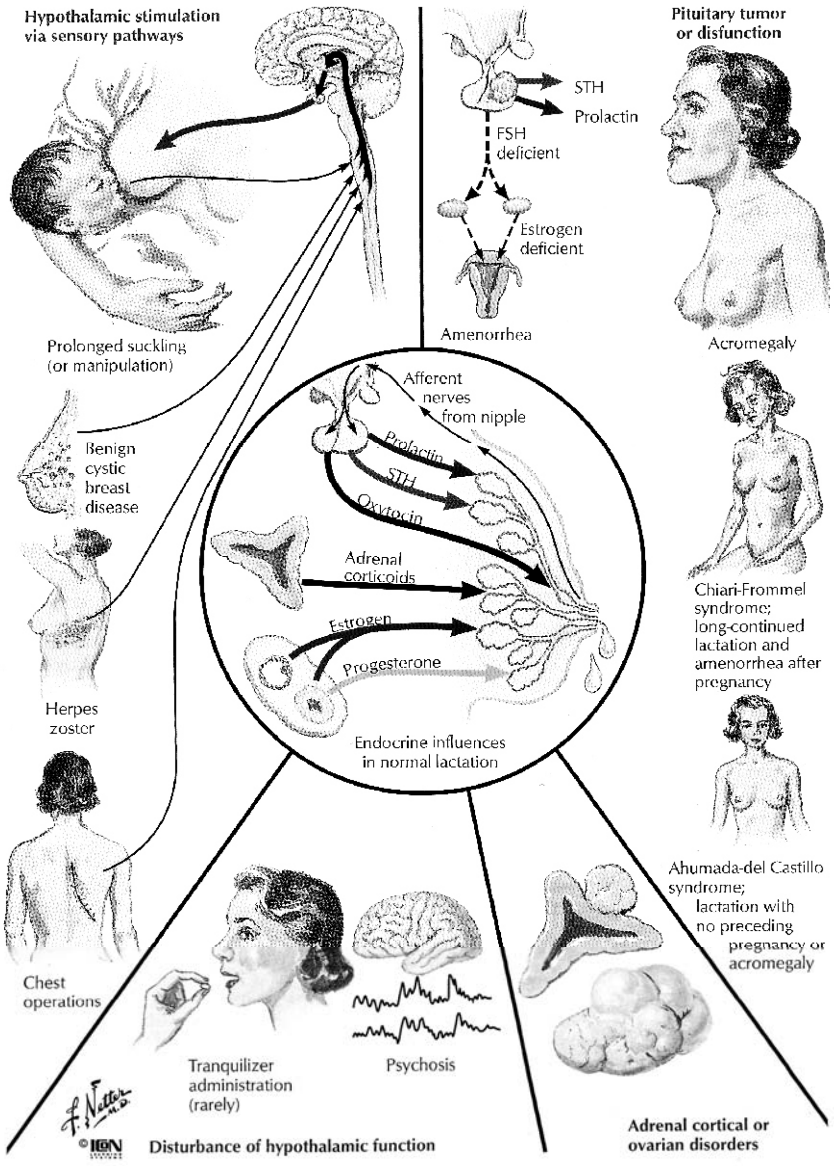
تـــــداوی

پوشیدن سینه بند که خوب بالای ثدیـه هـا تثبیـت شـده بتوانـد ، پوشـیدن لباس نرم، تنقیص در نوشیدن کافی، چای و قطع سگرت از جملـه پروسـیجرهای که در تداوی موثریت خوب خود را دارند. COC در حدود ٪۹۰ وقایع موثریـت تداوی خود را ثابت ساخته است و Danazol در واقعات شدید توصیه گردد کـه میتواند عارضه را کنترول و شفا بخشد.


Clinical Considerations
Presence or absence
of a mass
Character of
discharge
Bloody
Milky
Purulent
Serous
serosanguinous
Single or multiple
duct involvement
JOHN A.CRAIG_MD
D. Mascaro
©ICON


Management Algorithm For Nipple Discharge
Nipple
discharge
Unilateral
No
Character
Purulent
Antibiotics
Follow-up
Milky
Serum
Prolactin
Normal
(physiologic)
Elevated
Evaluate for
cause
No
Single duct
Yes
Duct
x-ray
Reassure
and watch
Yes
Mass
No
Mammography
Yes
Mammography
Biopsy and treatment

شکل (۳۸) (۴)


Hypothalamic stimulation via sensory pathways
Prolonged suckling (or manipulation)
Benign cystic breast disease
Herpes zoster
Chest operations
STH
Prolactin
FSH deficient
Estrogen deficient
Amenorrhea
Pituitary tumor or disfunction
Acromegaly
Afferent nerves from nipple
Prolactin
STH
Oxytocin
Adrenal corticoids
Estrogen
Progesterone
Endocrine influences in normal lactation
Chiari-Frommel syndrome; long-continued lactation and amenorrhea after pregnancy
Ahumada-del Castillo syndrome; lactation with no preceding pregnancy or acromegaly
Tranquilizer administration (rarely)
Psychosis
Disturbance of hypothalamic function
Adrenal cortical or ovarian disorders

شکل (۳۹)   (۴)

B. فیبروادینوما

۱-از نظر شیوع دومین آفت سلیم توموری ثدیتان است.

۲-اعراض و علائم: معمولاً یک خانم جوان بصورت تصادفی در هنگام حمام کردن یک کتله بدون درد را در ثدیتان خود احساس می کند. رشد آن نهایت بطی بوده و ندرتاً هم رشد سریع میتواند داشته باشد.

۳-با معاینه فزیکی نزد خانم یک کتله بجسامت ۳- ۲،۵ سانتی متر جس می شود و دریک تعداد کم وقایع با تخریبات نسجی همراه است.

۴-با u/s تشخیص اینکه کتله **cyst** است ویا solid صورت گرفته میتواند و ندرتاً ضرورت به Mammography احساس می شود.

۵-اگر با اجرای Nudle aspiration از نظر هستوپتولوژی تشخیص انجام شده نتوانست باید عملیات جراحی انجام شده وبرداشته شود.

باید تذکر داد که هر نوع کتلۀ جامدیکه نزد خانم های بلندتر از ۳۰ ساله دیده شود (خصوصاً اگر رشد سریع داشته باشد) باید با عملیات جراحی برداشته شود.

Mastalgia عبارت از احساس درد ثدیه ها نزد خانم های جوان در نزدیکی عادت ماهوار میباشد که قبل از شروع عادت (۳-۲ روز)عرض وجود نموده و بمجرد شروع عادت قطع میشود. اگر درد ها شدید بوده و بیشتر از ۷ روز دوام کند وطوری باشد که قابلیت ظرفیت کاری خانم را پایین آورد ایجاب تداوی را میکند. دردردهای غیر سیکلیک یا دردهای که به عادت ماهوار ارتباط نداشته باشند خصوصاً در سنین پیشرفته، حادثهء کانسر ثدیه رانباید از نظر دور داشت.

تـــــداوی

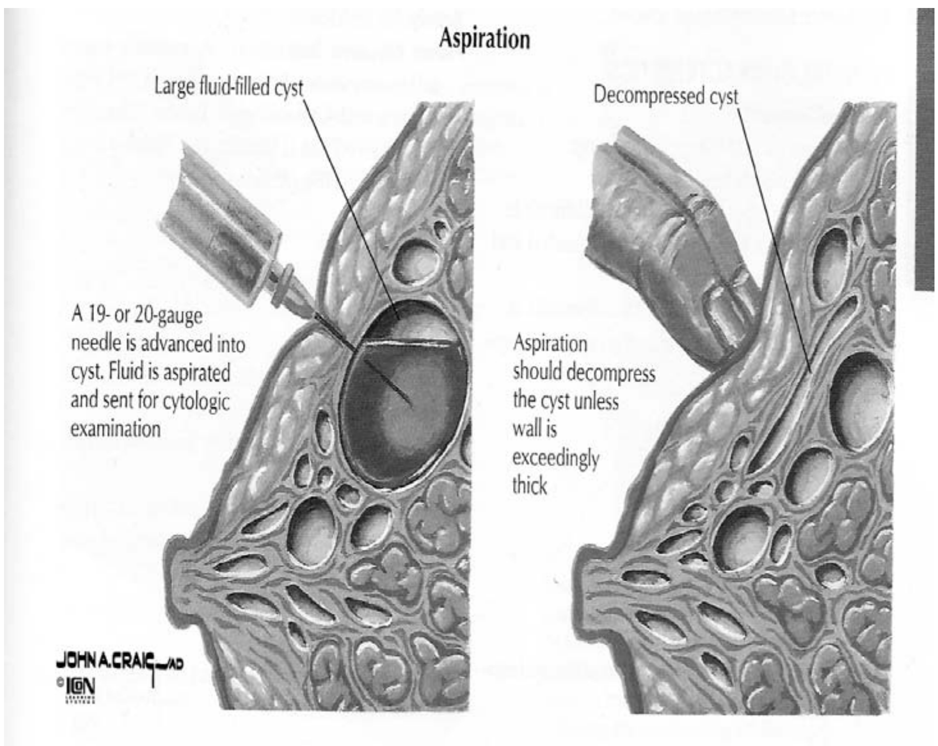
۱-اگر درد به عادت ماهوار ارتباط نداشته باشد و نزد خانم مسن رخ دهد ، لازم است از نظر کانسر ثدیه بررسی گردد.

۲-اگردرد به عادت ماهوارارتباط داشته باشد نقاط ذیل در تداوی مد نظر باشند.

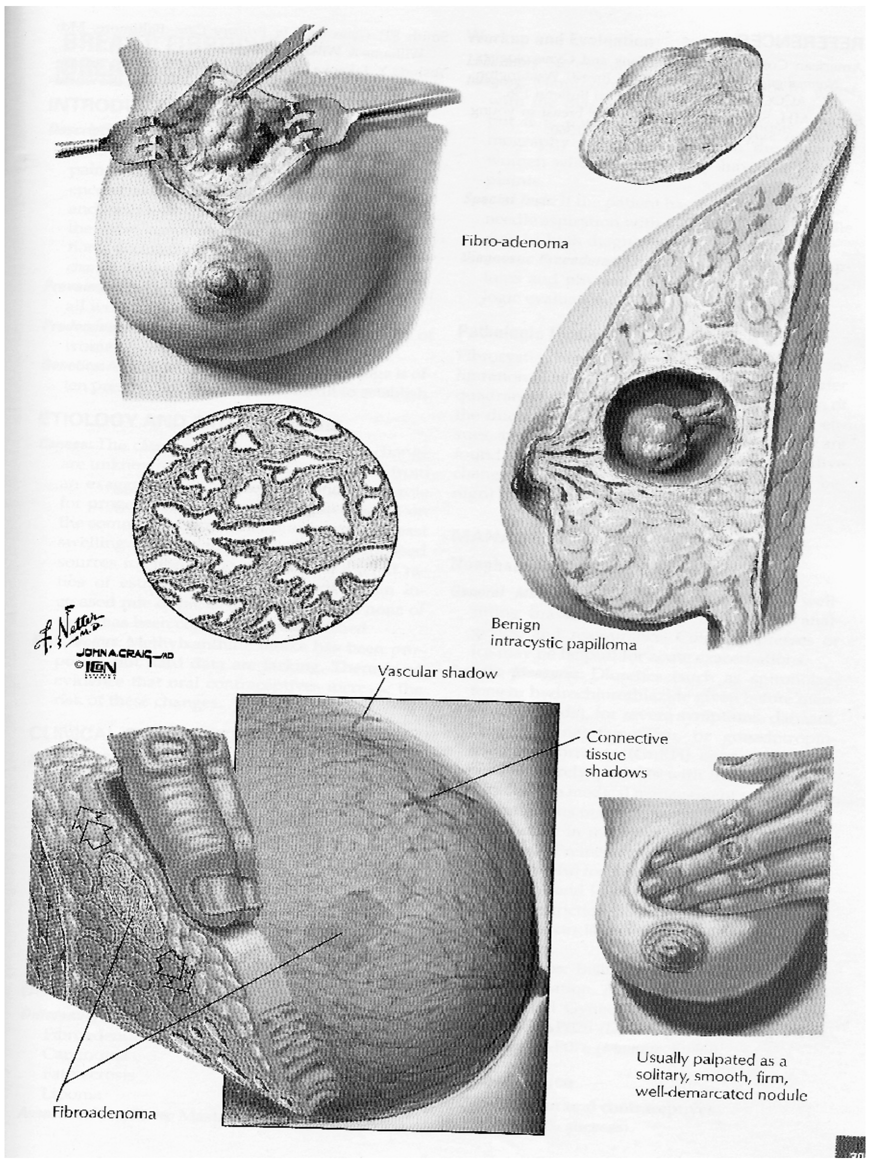
- تجویز انالجیزیک ها.
- Primrose oil capsul که حاوی گاما‌اسید لینولئیک است . به مقدار **3g/D** درد را شفا می بخشد (۷۰٪) اما دلبدی، استفراغ و سردردی از عوارض جانبی آن میباشد.
- Danazol 100mg/2tiem/D در صفحه قبل از عادت شدن که درد را احساس میکند، تجویزشود.
- Rastandol به مقدار **40**mg/BD به مدت سه ماه.
- بروموکرپتین mg/D ۱.۲۵ الی ۲.۵۰ ملی گرام فی روز برای سه ماه.
- tamoxifen 10mg /D شروع شده واندومتریال هیپرپلازی ناشی از آن مد نظر باشد.
- انالوگ های Gn.RH مثلاً Goseline به مقدار ۳،۶ mg در هر ماه برای سه ماه بشکل زرقی عضلی.

Tietz syndrome : یک سندروم سلیم بوده که مریضه احساس درد در صدر خود میکند ادویهٔ NSAID دردرا تسکین می بخشد . اگر عارضه خاموش

نشـد انسـتزی موضـعی بـا زرق هیـدروکورتیزون در بیشـتر از ٪۷۰ وقـایع باعـث خاموش شدن درد میشود.



شکل (۴۰) (۴)


Fibro-adenoma
Benign
intracystic papilloma
Vascular shadow
Connective
tissue
shadows
Usually palpated as a
solitary, smooth, firm,
well-demarcated nodule
Fibroadenoma

شکل (۴۱)　　(۴)

Breast Carcinouma

کـــــانسر ثدیـــه

کانسرهای ثدیه امروز در سطح جهان بدرجۀ اول قـرار داشـته و بفیصـدی بلندی بحیث عامل مرگ و میر نـزد خـانم هـا شـناخته شـده انـد. در یـک تعـداد واقعات مترافق با کانسـرهای تخمـدان بـوده زیـرا از نظـر اتیولـوجی بـا هـم وجـه مشترک دارند لذا با مواجه شدن یک خانم بـه کانسـر ثدیـه بایـد بصـورت دقیـق تخمدان ها و دیگر احشای حوصلی بطنی هـم مـورد بررسـی قـرار داده شـوند. و علاوتاً میتاستازهای کانسر تخمدان ها هم میتوانند باعـث کانسـر ثـانوی ثدیـه هـا گردند.

فکتورهای زمینه ساز تومور ثدیه ها

۱- داشتن سابقه فامیلی که نشاندهندۀ داشتن فکتور جنیتیکی میباشد و ژن BRCA مسئول کانسر ثدیه ها تخمدان ها و رحم شناخته شده میباشد.

۲- سن و تعداد ولادت: سن بلنـدتر از ۴۰سـاله، ولادت هـای زیـاد، حمل گیری در سن های پیشرفته (خصوصاحمل اول باری) و عدم شیردهی خانم به اولادش فیصدی وقوعات را بلند می برد.

۳- کشیدن سگرت سطح ابتلا به آفت را بلند می برد(تاثیر انحطاطی بالای سیستم معافیتی خانم دارد).

۴- مینارش مقدم و مینوپوز موخر در بلند رفتن فیصدی واقعات کمک میکند(از اثر تنبیه ثدیه ها توسط ستروجن به مدت طولانی تر).

۵- تجویزهورمون ها:دادن COC به مدت بیشتر از ۴ سال متواتر خصوصاً نزد خانم های کمتر از ۲۵ ساله باعث ایجاد عارضه شده میتواند.

۶- مرکبات پروجسترون **و** Nor testosterone از جمله ریسک فکتورها قبول شده اند ولی میدرکسی پروجسترون خطر ندارد.

۷- H.R.T یا تجویز هورمون های تعویضی به مقصد اصلاح حالت خانم که به مینوپور رفته است خطر شیوع آفت را بیشتر میسازد.

۸- داشتن سابقه فامیلی که نشاندهندهٔ داشتن فکتور جنیتیکی میباشد و ژن BRCA مسئول کانسر ثدیه ها تخمدان ها و رحم شناخته شده میباشد.

۹- سن و تعداد ولادت: سن بلندتر از ۴۰ساله، ولادت های زیاد، حمل گیری در سن های پیشرفته (خصوصاحمل اول باری) و عدم شیردهی خانم به اولادش فیصدی وقوعات را بلند می برد.

لـــوحهٔ کلینیکی

لوحه کلینیکی خاصی ندارد صرف خانم از موجودیت کتله دردناک در ثدیه که بعضاً از حلیمهء آن افرازات خارج میگردد شکایت دارد.

تشخیص و بررسی آفت

۱-باساس اعراض کلینیکی باید به آفت حدس زد.

۲- u/s در تشخیص کمک جدی میکند و یک پروسه Non invasive است خصوصاً در خانم های جوان.

۳- ماموگرافی درخانم های مسن خصوصاً کسانیکه قبلاً هم عملیات ثدیه شده اند ارزش تشخیصه بلندی دارد.

٤- FANC

۵- MRI

۶- بیوپسی از نسج، گرفته شده Frozen section گردد.

تـــداوی

تداوی عارضه نظر به سن خانم به دو کته گوری تقسیم شده است.

۱- درخانم های مسن: Mastectomy جذری همراه با برداشتن عقدات لمفاوی ناحیه ابطی بصورت مکمل ودقیق باید انجام شود.

۲- نزد خانم های جوان اجرای lobectomy همراه با برداشتن غدوات لمفاوی و نودل های دیگر اگر موجود باشد.تداوی بعد از عملیات عبارت از شیموتراپی و رادیوتراپی میباشد که بحث مفصل و اختصاصی خود را دارد.

در خانم های جوان تا ظرف دو سال بعد از تداوی شعاعی و شیموتراپی توصیه گردد که حامله نشوند. (تاثیر تراتوجنیك بالای جنین) و علاوتاً اگرخانم شیرده باشداز شیردادن هم منع شود.

ادویه ضد حاملگی H.R.T وCOC هم نباید به این خانم داده شود و خانم های حامله هم در عین کته گوری قرار دارند.

Abstract

The current textbook is a useful and valuable book that includes updated applicable topics on gynecology. This book has been written in a very easy, understandable and fluent language that makes it one of the best ones in this field. It also contains explanatory figures and schemes which give it a more practical and academic characteristic.

Reading of this book will help you to gain an in-depth knowledge of introduction, clinical features, diagnosis and treatment of gynecologic diseases especially the disorders which affect those people of the third world societies.

It is strongly recommended for the medical students and young doctors to refer to this book for improving their theoretical knowledge of gynecology so that they can properly address the gynecologic problems and decline the morbidity and mortality of women especially mothers who have always been suffering from the lack of health services in our community.

To sum up, considering the common gynecologic disorders in our society, limitation of practical, applicable and easy resources and references for young doctors and medical students in this field, this book for sure aside from improving their knowledge, plays a significant role for better and more efficient service delivery for the dedicated mothers and needy women.

Another advantage of this book is discussing on the topics those are according to the curriculum of the Medical Univercity in gyneacology subject according to credit system. As like as

Anatomy of the geneatal tract, Menstrual cycle Physiology, Diseases of the vulva, vagina and Internal Genital System, Trophoblastic diseases, Ectopic Pregnency, Menstrual Cycle disorder, Hormon Thearapy in Gyneacology, Genital Prolapse, Endometriosis, alformation of the femal genetal organs, infertility, Benign & Malignent Lesion of the Ovariese ,Uterus and Cervical ،Contraceptives, Breast Disease & Geanetal TB .

Studing this book can reduce the percentage of maternal mortality and morbidity during the live and also increases the awareness of health personnel in health service.

More interesting topics on this book are: Menstrual cycle Physiolog Disease of the vagina. Hormon Thearapy in Gyneacology . Dysfunctional uterin bleeding ،Benign &Malignent Lesion of the geneatal organs ect .

I recommend to dear doctors especially the doctors who are working in the district hospital and medical students.to studing this book .

Pro. Dr. Mhd Hassan Farid



در مسند علم کی رسی بی تحصیل — تحصیـل دهـد به تو تـوان تبدیـل

از حاصل عمر خود زمانی بهـره — گیری که کنی وقف به کسب تحصیل

بیوگرافی مؤلف

پوهنـدوی الحـاج دوکتـور محمـد حسـن (فریـد) در سـال ۱۳۳۱ در یـک خانواده متدین و روشنفکر در یکی از قریه هـای ولسـوالی انجیـل ولایـت هـرات چشم به جهان گشود. دورهٔ تعلیمـات ابتـدائی را در مکتـب ابولولیـد(رح) سـپری نموده و در سال ۱۳۴۵ شامل دارالمعلمین هرات گردیده است.

وی در سال ۱۳۵۰ دارالمعلمین را به پایان رسانیده و نظر به لیاقت و پشتکاری که داشت بعد از اشتراک در کانکور سال ۱۳۵۲ با نمره عالی موفق به آغاز تحصیل در رشته طب در پوهنحئی طب پوهنتون کابل شد. این شخص سخت کوش با تلاش وافر خویش، در سال ۱۳۵۸ با درجهٔ عالی از پوهنحئی طب پوهنتون کابل به درجهٔ ماستری فارغ التحصیل شده و شامل کدر علمی انستیتوت

دولتی طب کابل گردید. قابل ذکر است که او در عین زمانی که عضو کدر علمی دیپارتمنت ولادی نسائی بود در شفاخانه ملالی زیژینون کار پراکتیکی و عملی نموده و تخصص خود را نیز در بخش ولادی نسائی اخذ نموده است.

این شخص پر تلاش برای خدمات بیشتر بشردوستانه در راستای ایجاد تغییر مثبت در ساحهٔ صحت و سلامتی از ماه قوس سال ۱۳۶۶ الی ۱۳۷۱ به حیث رئیس صحت عامه حوزه وی زون غرب در شفاخانه حوزه وی هرات با حفظ حقوق کدر علمی مقرر و با کمال صداقت و ایمانداری ایفای وظیفه تموده است و با درک تأثیر مثبت علم و دانش در صحتمندی و رفاه جامعه و با همکاری مقامات ذیصلاح هرات و کابل در سال ۱۳۶۹ موفق به تأسیس پوهنحئی طب هرات گردید و نیز برای رشد علمی این پوهنحئی مشغول تدریس مضامین مختلف و اختصاصاً ولادی نسایی در آن شد و تا سال ۱۳۹۱ به حیث استاد و معاون آن پوهنحئی ایفای وظیفه مینمود.

وی در حال حاضر معاون علمی پوهنتون هرات میباشد و در کنار خدمات بیدریغانه مسلکی خود در صحنه علمی و عملی و نظر به علاقه فراوانی که به مردم خود دارد عضو بعضی از نهادهای مدنی و اجتماعی نیز هست. تعلق زیادی که وی نسبت به جامعه افغانی دارد او را واداشت تا برای ایجاد نهادهای مختلف مدنی و اجتماعی اقدام نماید.

او در دوران کاری و تحصیلی خود مقالات تحقیقی علمی و کتابهای فراوانی را به رشته تحریر درآورده است که از آن جمله طور مثال میتوان از مقالات وزن طفل در وقت ولادت، تأثیرات گروپ خون و فکتور RH ، خون ریزی های غیرطبعی دستگاه تناسلی، عقامت، انواع کانتراسپتیوها و تأثیرات آن نام برد. قابل تذکر است که او محقق. نویسنده و مترجم کتابهای علمی تحقیقی دیگری چون سزارین سکشن(C.S) در زایشگاه هرات، کتاب ولادی درسی برای صنف چهارم و کتاب نسایی هذا نیز هست.

در ادبیات دری مهارت خوبی داشته و در ساحه شعر هم توانایی باالخاصه دارد. دانش بلند مسلکی و روحیهٔ اجتماعی و همگرائی وی ، او را از افراد با نفوذ جامعه ساخته است.

آنکس که بکسب علم و دانش پا شد　　گر بود چو قطره ، عاقبت دریا باشد
رو کوش به کسب فضل و دانش کآخر　　جاهل همه جا زجهل خود رسوا شد

مـآخـــذ

1- Padubidvi V.G & Anand Ela، (**2005**)، GYNEACOLOGY، prep Manual for under gratuates Gyneacology، NEW Delhi-**110024**، INDIA، Read Else vier Private، First Published page:(most of the books).

2- Royer P.Smith M.D (**2004**) Netter's Obstetrics Gynecology and Women's Health , Icon Learning Systam LLC, Subsidiary of Medi media USA, Library of Congress Catalog No **2002101815** Thired Volium, Page: **295,299,305,317,326,340,343,351-353,379,384….,535** ect.

3- Rahimian Jeannine MD MBA، Tao T.Le MD MHS, (**2007**) OBSTETRICS & GYNEACOLOGY BOARDS، First Aid for the Boards، USA، Me Growhill Companies، First Edidion page: **101-103،112،114،136**.

٤.Rebecca Gaertner M.D Marjane Attaran M.D ECT (**2007**) , General Gynecology the Riqusits in Obstetrics and Gynecology, By Mosby, Inc, an Affliate Of Elseviere , Inc, Printed in The USA, Print Number **987654321, 1600** Jhon.f.Kennedy Blvd , Suit **1800** Philadelphia PA **19103-2899**, First Edition Page **4** to **390**

5- Padobidri V.G. Datary Shirish N،(**2008**), SHAWS TEXT BOOK OF GYNEACOLOGY، Reed Efsevier India، Privat Limited. 14 Edition، Page: **9،38-40،55،61.**

6- Somkuti Stephon. G MD،**6**- Ph.D.(**2006**) OBSTETRICS and GYNEACOLOGY BOARD، REVIEW، Mc Graw- Hilf Medical Publishing Division، NEW YORK، LONDON، Delhie & ect Second Edition، Page:**218,220.**

7- Gibbs Ronald s، MD Karian Bethy MD Haney Arthur F، MD Nygaard Ingrid E، MD (**2008**) DANFORTH'S OBSTETRICS and GYNEACOLOG، Wolters Kluwer Lippincott Williams & wilkins health. Tenth Edition. Page:**589-591,653. ect**

8- Ash MONGA Bmed(sci) BM BS، MRCOG، Hadder Arnold, (**2006**) GYNEACOLOGY BY TEN TEACHER **338** Euston road London NW. **3**BH، Typest in Minion **9.5/12** pts by charon Tec PVT. Ltd، Chennai، India، **18** Edition Page: **139-145.**

9- Rashid Latif Khan (**1992**) GYNEACOLOGY Tallemi Edara Urdu Bazar، Lahore، Ten-Temple Road Nawa،i- Waqt Press Lahore Second Edition، Page: **95،180**، **197،208**.

10- Lippincott Willams & Wilkins & Wolters Kluueer.(**2012**) ، Berek and NOVAKS GYNEACOLOGY، Market Street Pheladelphia، PA **19103** USA، Fifteenth Edition، Page: **444،446،449,308,763.**ect

11- Arona Sakshi،(**2010**) SELF ASSISMENT of REVIEW GYNEACOLOGY، Jeypee Brothers Medical Publishers Ansari Road Delhi, Daryaganj, New Delhi, **110002** India. Page: **68،78،158-159.**

Message from the Ministry of Higher Education

In the history, book has played a very important role in gaining knowledge and science and it is the fundamental unit of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of Higher Education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and based on educational standards,new learning materials and textbooks should be published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers of Higher Education Institutions and I am very thankful to them who have worked for many years and have written or translated textbooks.

I also warmly welcome more lecturers to prepare textbooks in their respective fields. So, that they should be published and distributed among the students to take full advantage of them.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and updated learning materials in order to better educate our students.

At the end, I am very grateful to the German Federal Foreign Office, the German Academic Exchange Service (DAAD) and all those institutions and people who have provided opportunities for publishing medical textbooks.

I am hopeful that this project should be continued and publish textbooks in other subjects too.

Sincerely,

Prof. Dr. Obaidullah Obaid

Minister of Higher Education

Kabul, 2012

Publishing of textbooks & support of medical colleges in Afghanistan

Honorable lecturers and dear students,

The lack of quality text books in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging the students and teachers alike. To tackle this issue we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. In the past two years we have successfully published and delivered copies of 60 different books to the medical colleges across the country.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-1014) states:

"Funds will be made ensured to encourage the writing and publication of text books in Dari and Pashto, especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of- the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this, it would not be possible for university students and faculty to acquire updated and accurate knowledge"

The medical colleges' students and lecturers in Afghanistan are facing multiple challenges. The out-dated method of lecture and no accessibility to update and new teaching materials are main problems. The students use low quality and cheap study materials (copied notes & papers), hence the Afghan students are deprived of modern knowledge and developments in their respective subjects. It is vital to compose and print the books that have been written by lecturers. Taking the critical situation of this war torn country into consideration, we need desperately capable and professional medical experts. Those, who can contribute in improving standard of medical education and public health throughout Afghanistan, thus enough attention, should be given to the medical colleges.

For this reason, we have published 60 different medical textbooks from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh & Kabul medical colleges. Currently we are working on to publish 60 more different medical textbooks, a sample of which is in your hand. It is to mention that all these books have been distributed among the medical colleges of the country free of cost.

As requested by the Ministry of Higher Education, the Afghan universities, lecturers & students they want to extend this project to non-medical subjects like (Science, Engineering, Agriculture, Economics & Literature) and it is reminded that we publish textbooks for different colleges of the country who are in need.

As stated that publishing medical textbooks is part of our program, we would like to focus on some other activities as following:

1.Publishing Medical Textbooks
This book in your hand is a sample of printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of Higher Education Institutions, there is need to publish about 100 different textbooks each year.

2.Interactive and Multimedia Teaching
In the beginning of 2010, we were able to allocate multimedia projectors in the medical colleges of Balkh, Herat, Nangarhar, Khost & Kandahar. To improve learning environment the classrooms, conference rooms & laboratories should also be equipped with multimedia projectors.

3.Situational Analysis and Needs Assessment
A comprehensive need assessment and situation analysis is needed of the colleges to find out and evaluate the problems and future challenges. This would facilitate making a better academic environment and it would be a useful guide for administration and other developing projects.

4.College Libraries
New updated and standard textbooks in English language, journals and related materials for all important subjects based on international standards should be made available in the libraries of the colleges.

5.Laboratories
Each medical college should have well-equipped, well managed and fully functional laboratories for different fields.

6.Teaching Hospitals (University Hospitals)
Each medical college should have its own teaching hospital (University Hospital) or opportunities should be provided for medical students in other hospitals for practical sessions.

7.Strategic Plan
It would be very nice if each medical college has its own strategic plan according to the strategic plan of their related universities.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We assure them quality composition, printing and free of cost distribution to the medical colleges.

I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

We are very thankful to the German Federal Foreign Office & German Academic Exchange Service (DAAD) for providing funds for 90 different medical textbooks and the printing process for 50 of them are ongoing. I am also thankful to Dr. Salmaj Turial from J. Gutenberg University Mainz/Germany, Dieter Hampel member of Afghanic/Germany and Afghanic organization for their support in administrative & technical affairs.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past two years in Afghanistan.

In Afghanistan, I would like cordially to thank His Excellency the Minister of Higher Education, Prof. Dr. Obaidullah Obaid, Academic Deputy Minister Prof. Mohammad Osman Babury and Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Associate Prof. Dr. Gul Hassan Walizai, the universities' chancellors and deans of the medical colleges for their cooperation and support for this project. I am also thankful to all those lecturers that encouraged us and gave all these books to be published.

At the end I appreciate the efforts of my colleagues Dr. M. Yousuf Mubarak, Abdul Munir Rahmanzai, Ahmad Fahim Habibi, Subhanullah and Hematullah in publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert at the Ministry of Higher Education, November, 2012
Karte 4, Kabul, Afghanistan
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org
wardak@afghanic.org

Book Name	Gyneacology
Author	Dr. Mohammad Hassan Farid
Publisher	Herat Medical Faculty
Website	www.hu.edu.af
Number	1000
Published	2012
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service **(DAAD)** with funds from the German Federal Foreign Office.

Administrative and Technical support by **Afghanic** organization.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it.

Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Email: wardak@afghanic.org

ISBN: 9789936200760